



«It's always too early until it's too late»¹

Die Rolle der Pflegefachperson im Advance Care Planning

Nina Flasch
18 666 842

Miriam Fäsi
18 666 800

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: BA.PF.18
Eingereicht am: 05.05.2021
Begleitende Lehrperson: Jutta Dreizler

**Bachelorarbeit
Pflege**

¹Coors et al., 2015, S. 284

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1 Einleitung	2
1.1 Begrifflichkeiten	3
1.1.1 Advance Care Planning (ACP)	3
1.1.2 Aufbau des ACP-Konzeptes in der Schweiz	3
1.1.3 Pflegefachpersonen.....	4
1.2 Problemstellung	4
1.3 Begründung der Themenwahl	5
1.4 Aktueller Forschungsstand	5
1.5 Fragestellung und Zielsetzung.....	6
2 Methode	6
2.1 Systematische Literaturrecherche	6
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	10
2.3 Kritische Würdigung und Gütekriterien	11
2.4 Ergebniserhebung	11
3 Ergebnisse	12
3.1 Die Ausgangslage.....	20
3.1.1 Charakteristiken von Pflegefachpersonen	20
3.1.2 Wissensstand	21
3.1.3 Hinderliche Faktoren	22
3.1.4 Förderliche Faktoren	23
3.2 Die Rolle der Pflege im ACP-Prozess	25
3.2.1 Das Berufsumfeld	26
3.2.2 Die interprofessionelle Rolle	27
3.2.3 Fachwissen erlangen.....	28
3.2.4 Die Rolle im direkten Patientenkontakt.....	29
3.3 Faktoren einer erfolgreichen Umsetzung.....	31
3.3.1 Rahmenbedingungen	31
3.3.2 Der ambulante Bereich.....	32
4 Diskussion.....	33
4.1 Die Zusammenarbeit und der Kontext	33
4.2 Umgang mit hinderlichen Faktoren.....	34
4.2.1 Schulungen und Weiterentwicklung der Haltung	34
4.2.2 Institutionen und Richtlinien.....	35

4.3	Theorie-Praxis Transfer	37
4.4	Die kritischen Würdigungen	38
4.4.1	Güte der qualitativen Studien	38
4.4.2	Güte der quantitativen Studien	40
4.5	Limitationen und weiterführende Forschungsfragen.....	43
4.6	Schlussfolgerung	44
	Danksagung	45
	Literaturverzeichnis	45
	Zusatzverzeichnisse.....	50
	Wortzahl	50
	Eigenständigkeitserklärung	50
	Anhang	51
	Suchverläufe.....	51
	Komplette Zusammenfassung und Würdigung der Studien (AICAs)	64

Abstract

Darstellung des Themas

In einer immer älter werdenden Gesellschaft und durch den medizinischen Fortschritt können komplexe Fragen in der letzten Lebensphase oder in einer Notfallsituation auftreten. Solche Ereignisse können für das Familiensystem und Gesundheitspersonal eine Herausforderung darstellen. Advance Care Planning (ACP) setzt an diesem Punkt an und bedeutet übersetzt «vorausschauende Behandlungsplanung». Geschulte Pflegefachpersonen können Betroffene oder Interessenten in der Behandlungsplanung vor einer Urteilsunfähigkeit unterstützen, damit in einer solchen Situation die Wünsche der Patienten und Patientinnen berücksichtigt werden können.

Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Rolle der Pflegefachpersonen im Advance Care Planning aufzuzeigen.

Methode

Diese Bachelorarbeit hat das Design eines Literaturreviews und baut auf einer systematischen Literaturrecherche auf. Schlussendlich wurden nach einer kritischen Beurteilung neun Studien von drei Datenbanken miteinbezogen. Die Ergebnisse wurden zu einer Synthese zusammengetragen.

Relevante Ergebnisse

Pflegefachpersonen haben mehrere relevante Rollen im ACP und können im ACP-Prozess aktiv mitwirken. Sie nehmen multiple Aufgaben wie Gesprächsführung, Rekrutierung von Patienten und Patientinnen, Kommunikation innerhalb der Familie und die interprofessionelle Zusammenarbeit wahr.

Schlussfolgerung

Um die Umsetzung und das Rollenverständnis von ACP bei Pflegefachpersonen zu stärken, braucht es ihre Eigenverantwortung, Edukation wie auch geregelte Rahmenbedingungen.

Keywords: ACP, nurse's role, hospital, facilitator, implementation, perception, health care professionals

1 Einleitung

Das Leben ist nicht vorausplanbar. Oder doch?

Ein Unfall kann dazu führen, dass medizinische Entscheidungen unerwartet unter Zeitdruck für eine Person getroffen werden müssen. Oder es kann sein, dass aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der neuen medizinischen Möglichkeiten unvorhergesehene Fragen in der letzten Lebensphase auftreten (Bundesamt für Statistik (BFS), 2020; Coors et al., 2015). Solche Situationen können für Patienten und Patientinnen, Angehörige und das Behandlungsteam eine grosse Herausforderung darstellen. In jedem Fall sollte immer der Wille des Patienten und der Patientin und ihre Autonomie gestärkt und berücksichtigt werden. Die Patientenverfügung ist ein bekanntes Dokument, welches zum Ziel hat, die Wünsche des zu Behandelnden festzuhalten und das Leben aus medizinischer Sicht ein stückweit vorausschauender zu planen (Coors et al., 2015). In der Schweiz ist diese seit dem Jahr 2013 rechtlich verbindlich. Doch leider ist die Umsetzung lückenhaft. Die Datenlage des Bundesamtes für Gesundheit in der Schweiz zeigt, dass 66 Prozent der über 65-Jährigen wissen, was eine Patientenverfügung ist, aber nur 12 Prozent auch eine haben (Coors et al., 2015). Hier zeigt sich eine grosse Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. Dies begründet sich aus mangelnder Kommunikation unter allen Beteiligten. Unklare Formulierungen in der Patientenverfügung wie auch unterschiedliche Standards der Formulare bergen Hindernisse für das Fachpersonal im Sinne der Betroffenen zu handeln (Coors et al., 2015). Hier setzt Advance Care Planning (ACP) an. Nach diesem Konzept wird der Wille und die Lebenseinstellung bestmöglich vor einem lebenslimitierenden Ereignis mit einer Fachperson im Rahmen mehrerer Gespräche verständlich festgehalten (Krones & Obrist, 2020). Pflegefachpersonen befinden sich in der Schlüsselposition für die Initiierung von ACP. Durch ihre Berufsnähe zu den Betroffenen können sie deren Werte ermitteln und durch dessen Vertretung die Lebensqualität erhöhen (Head et al., 2018). Die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Politik für dieses Konzept schreitet jedoch nur langsam voran (Izumi, 2017). Um die Herausforderungen bei medizinischen Entscheidungen besser meistern und die Autonomie gewährleisten zu können, braucht es eine gemeinsame Umsetzung des ACP-Konzeptes (Krones et al., 2019).

1.1 Begrifflichkeiten

Da diese Arbeit eine internationale Thematik aufgreift, müssen einige Begriffe für ein besseres Verständnis heruntergebrochen und definiert werden.

1.1.1 Advance Care Planning (ACP)

ACP kann im Deutschen mit «vorausschauendem Behandlungsplan» oder «Vorausplanung der gesundheitlichen Versorgung» übersetzt und als Erweiterung der Patientenverfügung angesehen werden. Es hat seinen Ursprung in den USA und wird mittlerweile weltweit angewendet und weiterentwickelt (Coors et al., 2015; Krones & Obrist, 2020). ACP ist nicht nur für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder fortgeschrittenem Alter gedacht, sondern für alle erwachsenen Personen in jedem Lebensabschnitt, auch gesunde (Izumi, 2017). Dieses Konzept versteht sich im Gegensatz zur Patientenverfügung nicht als einen einmaligen Akt, sondern als einen Gesprächsprozess. ACP ermöglicht es, dass bei Urteilsunfähigkeit das involvierte Personal mit einer vertretungsberechtigten Person und den Angehörigen im Sinne des Patienten oder der Patientin Entscheidungen treffen können (Müller et al., 2019). Diese Grundidee prägt die nationalen ACP-Programme, aus welchen sich auch das ACP in der Schweiz entwickelt hat (Krones & Obrist, 2020). Die Erfahrungen der Autorinnen basieren auf dem ACP der Schweiz, welches an dieser Stelle erläutert wird.

1.1.2 Aufbau des ACP-Konzeptes in der Schweiz

Der ACP-Prozess wird mit einer Standortbestimmung anhand eines Standortgespräches eröffnet. In diesem werden die Lebenseinstellung und Behandlungswünsche für den Fall einer Urteilsunfähigkeit anhand vorgegebener Fragen ermittelt. Dieses Gespräch wird von einer geschulten ACP-Beratenden durchgeführt. In einem weiteren Schritt werden Therapieziele für eine Notfallsituation, schwere Krankheitssituation und chronische Krankheitssituation mit Urteilsunfähigkeit festgelegt. Nach ausführlichen Gesprächen mit der Beratungsperson entstehen daraus drei Dokumente, welche vom Arzt oder der Ärztin unterschrieben werden. Dadurch gelten sie als medizinisch verordnet. Vor einem geplanten Eingriff mit einer Vollnarkose kann zusätzlich ein Dokument zur vorhersehbaren Urteilsunfähigkeit ausgefüllt werden. Es wird empfohlen, eine vertretungsberechtigte Person zu bestimmen und in den ganzen Prozess miteinzubeziehen, welche für die

Betroffenen eintreten kann. Je nach Lebenssituation muss die Zielsetzung angepasst werden (Krones et al., 2018).

1.1.3 Pflegefachpersonen

Pflegefachpersonen gibt es überall auf der Welt, doch sie unterscheiden sich in ihrer Ausbildung und somit in ihrem Aufgabenbereich und in ihren Kompetenzen. In dieser Arbeit wird von diplomierten Pflegefachpersonen ausgegangen. Das entspricht zumeist der Betitelung «Registered Nurse», wie sie in der englischen Literatur genannt werden (Wikipedia, 2021). Nach den Schweizer Bildungsstufen beinhaltet das den Abschluss der Höheren Fachschule (HF) oder der Fachhochschule (FH) mit einem Bachelorabschluss. Sie unterscheiden sich von anderen pflegerischen Berufsgattungen durch ihr Diplom. Personen mit einem Master of Science in Pflege werden in der Schweiz als «Advanced Practice Nurse» (APN) betitelt und zeichnen sich durch Erfahrung und Expertise aus (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2013). In einer Studie sind «General Practice Nurses» involviert, welche in einer Arztpraxis tätig und ebenfalls Pflegefachpersonen in der Schweiz gleichzusetzen sind. Erfahrungsgemäss arbeiten in der Schweiz von den Pflegefachpersonen ausschliesslich APNs in Hausarztpraxen.

1.2 Problemstellung

Die Bekanntheit des ACP-Konzeptes in der Öffentlichkeit und in der Politik wie auch die Umsetzung sind noch gering (Izumi, 2017). In Studien werden mehrere Gründe für eine mangelnde Umsetzung genannt, unter anderem Zeitmangel und fehlende institutionelle Unterstützung (Blackwood et al., 2019). Die Pflegefachpersonen nehmen ihre Verantwortung in ACP unterschiedlich wahr (Ke et al., 2015). Das wird auch dadurch beeinflusst, dass die Rollen der verschiedenen Fachpersonen im ACP undefiniert sind. Mangelndes Wissen über ACP von Seiten der Öffentlichkeit und den Fachpersonen führen ebenfalls zu Barrieren (Ke et al., 2015). Daraus resultiert, dass Unklarheiten bezüglich dem Behandlungsziel auftreten und eine vorausschauende Planung nicht gewährleistet ist. Der Intensivmediziner Peter Steiger berichtet in einem Interview: «Bei uns landen viele Patienten, mit denen keine Gespräche über ihren medizinischen Zustand geführt wurden» (Krones & Obrist, 2020). Damit Pflegefachpersonen eine Rolle im ACP-Prozess übernehmen können, müssen diese Barrieren so klein als möglich gehalten werden

(Blackwood et al., 2019). Es wäre von Vorteil, die Möglichkeiten der Pflege klar darzulegen, sodass diese nach ihren Kompetenzen handeln und die Umsetzung von ACP unterstützen können (Izumi, 2017).

1.3 Begründung der Themenwahl

«Wir (jeder einzelne) sind durch das Grundgesetz dem Schutz der Würde, der körperlichen Unversehrtheit und des Lebens jedes Einzelnen verpflichtet. Dies gilt in jeder Lebensphase gleichermassen, gerade auch am Lebensende» (Coors et al., 2015). In der Schweizer Bundesverfassung in Artikel sieben steht: «Die Würde des Menschen ist zu achten und schützen» (Art. 7 BV). Das Bewahren von Autonomie bei medizinischen Entscheidungen und somit den Schutz der Würde zu sichern, setzt Gespräche mit den Betroffenen und deren Angehörigen voraus. Diese ermöglichen es, gezielte Fragen zum Leben und Lebensende zu diskutieren und zu klären, so wie es ACP vorsieht (Krones & Obrist, 2020). Der Review von Brinkman-Stoppelenburg (2014) bestätigt eine erhöhte Adhärenz bei der Anwendung von ACP und somit steigt die Wahrscheinlichkeit auf Selbstbestimmung und Würde im letzten Lebensabschnitt bzw. in Situationen der Urteilsunfähigkeit. Pflegefachpersonen wirken in diesem Prozess mit, indem sie eine klare Wertevermittlung der Betroffenen ermöglichen (C. W. H. Chan et al., 2019). Sie sind die Gesundheitsfachpersonen, auf welche sich die Angehörigen und Patienten und Patientinnen stützen, um ihre Wünsche darzulegen und zu diskutieren. In einer Studie im palliativen Setting wurde untersucht, ob eine trainierte Pflegefachperson Gespräche zu Behandlungswünschen führen kann und so diese Konsultationen gefördert werden können (Lally et al., 2016). Das Programm war erfolgreich und förderte die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Pflegefachpersonen spielen eine zentrale Rolle im ACP-Konzept und könnten mit ihrer Präsenz im ACP-Prozess durch Edukation der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit für ACP schaffen (Head et al., 2018).

1.4 Aktueller Forschungsstand

Nachdem die Patientenverfügung als rechtsgültig galt, wurde das sogenannte MAPS Trial (multidisciplinary advance care planning and shared decision making for end of life care), vom Nationalen Forschungsprogramm (NFP67) in der Schweiz lanciert. Aus der Studie liess sich schlussfolgern, dass der schlechte Allgemeinzustand der Patienten und Patientinnen oft zu spät erkannt wird (Coors et al., 2015). Des Weiteren gibt es eine

Schweizer Studie über die Rollenverteilung der Angehörigen, Patienten und Patientinnen und Pflegefachpersonen. Diese besagt, dass nur 19 Prozent der Patienten und Patientinnen mit den Angehörigen über mögliche Komplikationen ihrer Erkrankung sprechen (Pautex et al., 2018). Andere Studien veranschaulichen die Wichtigkeit der Pflege und der Kommunikation in diesem Prozess (C. W. H. Chan et al., 2019; Head et al., 2018; Vanderhaeghen et al., 2018). Dabei wird immer wieder erwähnt, wie zentral die Edukation des Personals ist. In verschiedenen qualitativen Studien werden die Einstellungen des Pflegefachpersonals bezüglich ACP beleuchtet. Eine genaue Rolle der Pflege in diesem komplexen Konzept wurde noch nicht definiert sowie auch kein Leitfaden für die Umsetzung dieser Rolle im Spitalalltag erörtert (Coors et al., 2015).

1.5 Fragestellung und Zielsetzung

Die Fragestellung ist: Welche Rolle übernehmen Pflegefachpersonen im Advance Care Planning?

Die Bachelorarbeit soll die Rolle und die verschiedenen Aufgabenbereiche der Pflegefachpersonen im ACP-Konzept aufzeigen. Es soll klar werden, wo im Prozess die Pflegefachpersonen verantwortungsvoll mitwirken können. Durch das Eruiere von Barrieren sollen Lösungsansätze für eine effizientere Umsetzung erarbeitet werden. Es ist nicht Teil der Arbeit, die Wirkung von ACP zu untersuchen. Diese wird zum Teil noch diskutiert, aber verschiedene Studien zeigen eine positive Wirkung (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014; Coors et al., 2015; Krones et al., 2019).

2 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung setzt sich das methodische Vorgehen aus einer systematischen Literaturrecherche, aus der kritischen Beurteilung von Studien und aus dem Zusammentragen sowie Verknüpfen von zentralen Ergebnissen zusammen. Das Design entspricht dem eines Literaturreviews und somit den Voraussetzungen für diese Bachelorarbeit. Die Methode wird in diesem Kapitel erläutert.

2.1 Systematische Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand auf den Datenbanken CINAHL Complete, Medline und PubMed statt, in welchen Publikationen von Primärstudien aus dem Fachbereich Pflege enthalten sind (DiCenso et al., 2009; ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur, o. J.). Das

Ziel war es, Primärstudien zu finden, die sich inhaltlich mit einem Aspekt der Fragestellung der Bachelorarbeit befassen und themenbezogene Ergebnisse liefern. Der Rechercheprozess beinhaltete vier Teilschritte, welche chronologisch in der Abbildung 1 dargestellt sind. Im Voraus wurden basierend auf der Fragestellung englische Keywords definiert. Diese sind in der Tabelle 1 aufgeführt. Der erste Recherschritt bestand darin, die Datenbanken mit strukturierten Kombinationen dieser Keywords abzusuchen und anhand von Limits die Ergebnisse einzugrenzen. Es wurden Bool'sche Operatoren, Trunkierungen und die CINAHL Subject Headings sowie Medical Subject Headings (Mesh-Terms) von Medline angewendet. Die Limits waren, dass die Studien für ein gutes Verständnis des Textes auf Englisch oder Deutsch verfasst und nicht vor 2012 publiziert worden sind. Das sollte gewährleisten, dass die Erkenntnisse auf dem aktuellen Anwendungsstand von ACP basieren, da dieses Konzept noch relativ neu ist und sich laufend entwickelt. Als Zweites wurden die Titel der jeweiligen Treffer der einzelnen Sucheingaben nach den Ein- und Ausschlusskriterien beurteilt. Diese sind in der Abbildung 2 zu sehen und werden im Kapitel 2.2 begründet. Wenn ein Titel zutraf, wurde als dritter Schritt das Abstract herangezogen. Dieses musste alle Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, damit die Studie in den vierten Recherschritt miteinbezogen wurde. Dieser beinhaltete die Prüfung der Volltexte nach denselben Kriterien und ob sie Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung liefern. Eine erste kurze Beurteilung der Güte der Studien floss ebenfalls in das Auswahlverfahren der Studien ein. Durch diese einzelnen Schritte konnte der Rechercheprozess so eingedämmt werden, dass am Schluss acht Studien resultierten. Die Studie von Karzig-Roduner (2020) konnte durch den persönlichen Kontakt zur Autorin hinzugezogen werden. Diese hatte an der ZHAW eine Vorlesung zu ACP gehalten. Die Studie ist noch nicht veröffentlicht.

Tabelle 1

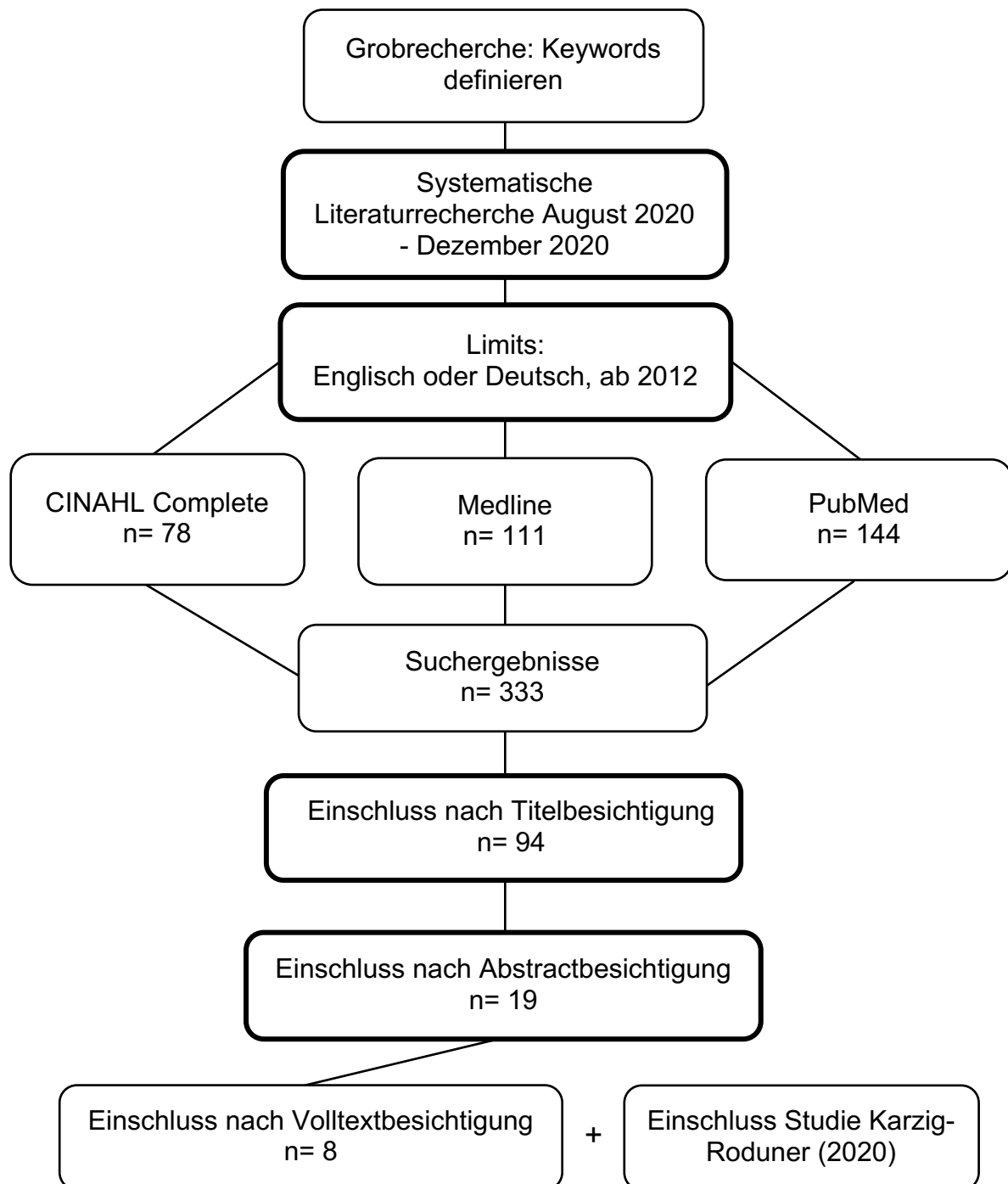
Keywords für die systematische Literaturrecherche

Kernelemente der Fragestellung	Schlüsselwörter	Keywords
Phänomen/Intervention	ACP	advance care planning (ACP), advance directives
	Rolle der Pflege	perception, facilitator, education, nurse's role, experience, involved, decision making
	Umsetzung	implement*, patients, development
Population	Pflegefachpersonen	nurse*, palliative nursing, health (care) professions, caregivers
Setting	Spital	hospital, acute setting

In der Abbildung 1 ist der Ablauf der Literaturrecherche chronologisch dargestellt. Die Anzahl Studien in jedem Schritt beziehen sich auf die Suchverläufe, welche am Schluss relevante Studien für diese Arbeit ergaben und im Anhang aufgeführt sind.

Abbildung 1

Flowchart Rechenschritte



2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In der nachfolgenden Abbildung 2 sind die Ein- und Ausschlusskriterien aufgelistet. Es wurde nach Artikeln gesucht, die in der 6S Pyramide ganz unten einzuordnen sind. Diese Pyramide stellt den Grad der Beurteilung der Evidenz dar (DiCenso et al., 2009). Auf der untersten Stufe befinden sich Studien, welche noch nicht beurteilt und eingeschätzt wurden, sozusagen das Rohmaterial. Diese sind in den Datenbanken zu finden, welche auch für diese Arbeit herangezogen wurden (DiCenso et al., 2009). Ein wesentlicher Teil dieser Arbeit war es deshalb, die Güte der einbezogenen Literatur zu bestimmen. Die Studien durften einen qualitativen oder quantitativen Charakter haben, da zur Beantwortung der Fragestellung sowohl persönliche Ansichten aus Interviews und das menschliche Erleben als auch messbare Werte von Interesse sind. Die Studien müssen sich mit dem ACP-Konzept befassen wie auch einen Bezug zur Pflege herstellen, da dies wesentliche Komponenten der Fragestellung sind. Die Pflegefachpersonen wurden in der Einleitung definiert. Auch wenn der Ausbildungsgrad nicht vollständig nachvollziehbar war, wurde dies nicht als Ausschlusskriterium angesehen. Es wurde davon ausgegangen, dass die Ergebnisse bezogen auf die Rolle trotzdem vergleichbar sind. Die Pflegefachpersonen mussten aber die Ausführenden sein, welche eine Handlung im ACP durchführten. Das Setting wurde primär auf das Spital ausgelegt, um den Themenbereich weiter einzugrenzen. Im Laufe der Recherche wurde aber festgestellt, dass auch der ambulante Bereich und die Hausarztpraxis als Setting interessante Komponenten bezüglich der Fragestellung waren, weshalb diese Settings nicht ausgeschlossen wurden. Zusätzlich wurde das Setting auf kein spezifisches Land eingeschränkt, um verschiedene Herangehensweisen dieser Thematik einzubeziehen. Ausgeschlossen wurden Studien, welche primär die Wirkung von ACP untersuchten, wie in der Einleitung begründet wird. Die Langzeitpflege als Setting wurde nicht berücksichtigt, weil das den Rahmen gesprengt hätte. Die Studien mussten nach dem EMED-Format (Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion) aufgebaut sein.

Abbildung 2

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Qualitative und quantitative Primärstudien- Es handelt sich um ACP- Es besteht ein Bezug zur Pflege- Pflegefachpersonen als handelnde Instanz- Setting: Spital, ambulanter Bereich und Hausarztpraxen- Alle Länder erlaubt
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Kein EMED-Format- Als Hauptthema die Wirkung von ACP- Setting: Langzeitpflege

2.3 Kritische Würdigung und Gütekriterien

Nachdem der Rechercheprozess abgeschlossen war, folgte die ausführliche kritische Würdigung der neun Studien. Diese wurden zusammengefasst, beurteilt und ihre Güte wurde analysiert. Dazu wurde das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels für die qualitativen sowie quantitativen Studien verwendet (Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Der Leitfaden für die quantitativen Studien beruht auf den Büchern von Burns und Grove (2005), Haber und LoBiondo-Wood (2005) und Bartholomeyczik et al. (2008). Der Leitfaden für die qualitativen Studien beruht zusätzlich auf den Inhalten von Guba und Lincoln (1985) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2009). Die Ergebnisse der Würdigung und die Güte werden im Diskussionskapitel behandelt.

2.4 Ergebnisergebnung

Nach der sorgfältigen Beurteilung konnten alle neun Studien als Kriterien erfüllend deklariert und in die Ergebnisergebnung und zur Beantwortung der Fragestellung einbezogen werden. Dafür wurden die Ergebnisse der einzelnen Studien herausgefiltert, ausgiebig unter den Autorinnen besprochen und in einem Mindmap arrangiert sowie

kombiniert. Daraus entstanden drei übergeordnete Themengruppen. Diese werden im nachfolgenden Ergebniskapitel präsentiert.

3 Ergebnisse

In der untenstehenden Tabelle 2 sind die Studien, welche für den Ergebnisteil verwendet wurden, aufgeführt. Sie stammen aus den USA (2), Australien (3), Hong Kong, Taiwan, Schweiz und Kanada. In zwei qualitativen Studien wurden die Pflegefachpersonen befragt, in einer die Patienten und Patientinnen. Die restlichen sechs Studien sind quantitativ, von welchen drei eine gemischte Methode mit quantitativen und qualitativen Anteilen verwendeten.

Tabelle 2*Zusammenfassung der Ergebnisstudien*

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsfrage/Ziel	Design	Stichprobe	Zentrale Ergebnisse
Shepherd et al., 2018, Australien	Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions	Was wissen PP über ACP und wie aktiv sind sie in ihrem eigenen ACP?	Querschnittstudie basierend auf einem Fragebogen	181 registrierte PP mit Bachelor oder Diplom von einer Akutstation und mit direktem Patientenkontakt	Es besteht ein Zusammenhang zwischen Wissen der PP und der Anzahl der zu betreuenden sterbenden Pat. Ab 41 Jahren engagierten sich die Befragten signifikant mehr als die Jüngeren. Von den PP selbst hatten nur 10 % eine Patientenverfügung erstellt. Verglichen mit den Gesprächen innerhalb der Familie über Wünsche am Lebensende (53 %) und über Organspenden (75 %) ist dies gering.
Rogers et al., 2019, Australien	The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with	Das Ziel dieser Studie ist, die Komponenten des ACP-Vermittler Modells aufzuzeigen und Faktoren für eine er-	Qualitatives Design basierend auf Grounded Theory mit semi-strukturierten Interviews	17 Gesundheitsfachpersonen mit direkter oder indirekter Beteiligung an ACP, davon 2 PP (im ländlichen und städtischen Setting)	Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Einflussfaktoren der Pat sowie des Gesundheitspersonals, Rolle der PP und Beziehungen und Begegnungen. Zeit ist ein Schlüsselpunkt im ACP-Prozess, sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen PP und Ärzteschaft.

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungs- frage/Ziel	Design	Stichprobe	Zentrale Ergebnisse
	successful implementation	folgreiche Um- setzung zu ermitteln.			
Miller et al., 2019, Australien	Patient experiences of nurse- facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study	Das Ziel dieser Studie ist es, die Perspek- tive der Betroffenen bzgl. ACP zu erforschen, wenn die Barrieren im Arztpraxen Setting minimiert wurden.	Qualitatives Design mit semistruktur- ierten Interviews	13 Pat von 4 Praxen in Sydney (min. 18 Jahre alt) wur- den interviewt. 5 GPNs aus Haus- arztpraxen, wel- che ein eintägi- ges Training er- hielten, führten die ACP- Gespräche durch.	Es wurden 6 Hauptthemen von den Pat bezüg- lich Erfahrungen mit ACP erkannt. Die Pat schätzten die Möglichkeit, über subjektive Probleme mit einer PP reden zu können. Die Pat haben das Gefühl, dass ACP nicht nur ihnen selbst, sondern auch der Familie hilft. Doch die Angehörigen wurden nicht aktiv in das Gespräch miteinbezogen und Gespräche in der Familie wurden als unangenehm emp- funden.

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsfrage/Ziel	Design	Stichprobe	Zentrale Ergebnisse
Singh-Carlson et al., 2020, USA	The impact of organizational factors on nurses' knowledge, perceptions, and behaviors around advance care planning	Das Ziel dieser Studie ist, den Einfluss des organisatorischen Kontextes auf die Wahrnehmung und das Verhalten der PP zu analysieren. Ob sich Banduras sozial-kognitive Theorie in diesem Kontext bestätigt, wird erforscht.	Ein Fragebogen mit quantitativen und qualitativen Komponenten	88 PP (Mitglieder der onkologischen Pflegegesellschaft) mit Diplom, Bachelor oder Master und direktem Patientenkontakt auf einer akuten oder onkologischen Station, zwischen 22 und 70 Jahre alt	Wichtige Prädiktoren für das ACP-Verhalten sind direkte und indirekte Erfahrungen mit ACP in der Vergangenheit und ein ACP-Training. Sprachbarrieren sind eine der grössten Herausforderungen, ACP zu vermitteln.

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsfrage/Ziel	Design	Stichprobe	Zentrale Ergebnisse
Izumi et al., 2019, USA	Enhancing advance care planning conversations by nurses in a bone marrow transplantation unit	Das Ziel der Studie ist es zu prüfen, wie sich eine ACP-Weiterbildung auf das Wissen und Selbstvertrauen der PP betreffend ACP auswirkt und was hinderliche Faktoren bei der Initiierung von ACP-Gesprächen sind.	Vor-/Nach- Erhebung mit einer Umfrage und zwei darauffolgenden Gruppeninterviews	60 registrierte PP von einer Abteilung in einem Spital in Portland	Das Selbstvertrauen der PP in ihrem Wissen bezüglich ACP ist direkt nach der Schulung gestärkt. Die PP kennen nach der Schulung Richtlinien und Unterlagen zu ACP. Hinderliche Faktoren sind: Zeitmangel, dass Pat kein ACP wollen und die Dokumentation. Es werden verschiedene Aufgabenbereiche der PP genannt: z.B. ansprechen der Pat auf eine Patientenverfügung, Dokumentation und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsfrage/Ziel	Design	Stichprobe	Zentrale Ergebnisse
Rietze et al., 2018, Kanada	Identifying the factors associated with canadian registered nurses' engagement in advance care planning	Inwieweit engagieren sich PP in ACP bei ihren Pat und welche Faktoren beeinflussen die Entscheidung, das zu tun?	Deskriptive Querschnittstudie basierend auf einer Umfrage mit quantitativen und qualitativen Komponenten	125 registrierte PP von Ontario, welche in der Praxis tätig sind	Fast alle PP sehen die Diskussion über die Werte und Behandlungen am Lebensende als ihre und als wichtige Aufgabe. Nur 27.5 % gaben an, Richtlinien für ACP am Arbeitsplatz zu haben. Als Barrieren wurden mangelndes spezifisches Wissen, Faktoren der Institutionen, die Bereitschaft der Familien und Pat und die persönliche Selbstsicherheit, ACP zu lancieren aufgrund von eigenen Werten, genannt.
Karzig-Roduner, 2020, Schweiz	Advance Care Planning - die Rolle von Pflegefachpersonen im ACP-Umsetzungsprozess	Wie erfolgt die Umsetzung von ACP nach Abschluss der Weiterbildung in der Praxis? In welcher Rolle und in welchem Rahmen bieten die PP Beratungen	Qualitatives Forschungsdesign mit einem explorativen Vorgehen anhand Einzelinterviews	PP (1), Fachexperten (3) und APN (3) mit einem Zertifikat für die ACP-Beratung, welche seit dessen Erwerb mind. 6 Monate Patientenkontakt hatten	PP brauchen eine Weiterbildung sowie Lebenserfahrung und eine flexible Arbeitsplanung für ACP. ACP ist eine Haltung. Hinderliche Faktoren sind die Dokumentation, Akutsituationen, fehlende institutionelle Unterstützung und Unwissen im Team. Es werden Visionen für eine erfolgreiche Umsetzung beschrieben, z.B. ACP als Kurrikulum, Rolle der APNs und das ambulante Setting.

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungsfrage/Ziel	Design	Stichprobe	Zentrale Ergebnisse
		an, wie unterstützt sie die Institution und welche förderlichen und hinderlichen Faktoren gibt es?			
Hsieh et al., 2019, Taiwan	The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses	Das Ziel dieser Arbeit ist, die Auswirkung von ACP oder Hospizpflege auf PP, welche Pat mit einer chronischen Erkrankung betreuen, zu erforschen. Es sollen Einflussfaktoren für Wissen, Ein-	Querschnittsstudie basierend auf einem Fragebogen	218 PP mit Erfahrung in der Betreuung von nicht krebskranken terminalen Pat, arbeiten zu dieser Zeit auf der inneren Medizin, in einer allgemeinen Praxis oder auf der Intensivstation	Die Einstellung der PP zu ACP ist positiv, aber deren ACP-Wissen und ACP-Handlungen sind gering. Es besteht eine Korrelation zwischen Wissen und Einstellung und zwischen Einstellung und Handeln. Für das Wissen, die Einstellung und das Handeln wurden verschiedene Prädiktoren erkannt.

Autor, Jahr, Land	Titel	Forschungs- frage/Ziel	Design	Stichprobe	Zentrale Ergebnisse
		stellung und Handlung der PP hinsichtlich ACP heraus- gefiltert wer- den.			
Chan et al., 2018, Hong Kong	Effects of a nurse- led post- discharge ad- vance care plan- ning programme for community- dwelling patients nearing the end of life and their family members: a randomised controlled trial	Die Studie soll aufzeigen, was für einen Effekt ein pflegege- leitetes ACP- Programm im häuslichen Setting auf Therapieziel- entscheidungen bei Pat am Lebensende hat.	Randomisierte kontrollierte Studie mit ei- ner Kon- trollgruppe und wiederholten Messungen	230 Paare (Pat und begleitende Per- son), eine ge- schulte PP führte ACP durch	Nur 12 von 460 Teilnehmenden haben schon von Patientenverfügungen gehört und 34 von 230 Pat haben mit Familienangehörigen schon einmal über Behandlungswünsche am Lebensende gesprochen. Nach 6 Monaten waren sich mehr Paare einig über die Be- handlungswünsche des Pat am Lebensende als in der Kontrollgruppe. Die Pat der Inter- ventionsgruppe fühlten sich sicherer in der Entscheidungsfindung.

Anmerkung: Pflegefachpersonen (PP), Patienten und Patientinnen (Pat)

Die Beantwortung der Fragestellung, welche Rolle die Pflegefachpersonen im ACP Prozess haben, kann aus mehreren Perspektiven angegangen werden. Zum einen ergibt sich die Rolle aus dem grundlegenden Arbeitskontext und dem Arbeitsinhalt der Pflegefachpersonen sowie aus ihrem Fachwissen. In einem weiteren Schritt kann die Rolle der Pflegefachpersonen ACP-spezifisch definiert werden. Daraus resultiert ein neuer Aufgabenbereich. Das dritte Überkapitel widmet sich den Rahmenbedingungen und dem Setting für eine ACP-Umsetzung.

3.1 Die Ausgangslage

In den nächsten Unterkapiteln soll aus den Ergebnissen hervorkommen, wieso das Thema ACP überhaupt im Pflegeberuf eine Diskussion wert ist und warum in die Umsetzung investiert werden sollte. Es wird auf die Charakteristiken der Pflegefachpersonen eingegangen, der Wissensstand wird aufgezeigt und hinderliche und förderliche Faktoren für Pflegefachpersonen bei der Arbeit mit ACP werden benannt.

3.1.1 Charakteristiken von Pflegefachpersonen

In der Studie von Shepherd et al. (2018) hatten 93 Prozent der teilnehmenden Pflegefachpersonen mindestens eine sterbende Person in den letzten sechs Monaten gepflegt. In einem Spital in Taiwan erhalten einige sterbende Patienten und Patientinnen noch lebensverlängernde Behandlungen in ihren letzten Lebensmonaten (Hsieh et al., 2019). Diese beiden Beispiele zeigen eine mögliche Situation, in welche Pflegefachpersonen involviert sein können. Es gaben nur 16.1 Prozent der Pflegefachpersonen an, dass die Ärzte und Ärztinnen oft oder immer ACP aktiv besprechen (Hsieh et al., 2019). Nur 14.8 Prozent der Personen in der Studie von Chan et al. (2018) hatten vor der Studienintervention über Angelegenheiten betreffend des Lebensendes mit ihren Familienmitgliedern gesprochen. In einer kanadischen Studie beteiligten sich 47.4 Prozent der Pflegefachpersonen bei weniger als 20 Prozent der Betroffenen, welche sie je gepflegt hatten, im ACP (Rietze et al., 2018). Pflegefachpersonen fühlen sich für ACP nicht verantwortlich, weil die Aufgabenteilung oft ungeklärt ist oder sie sind unsicher, was die Anliegen des ärztlichen Dienstes sind (Hsieh et al., 2019).

In Miller et al. (2019) wurden die Pflegefachpersonen, welche ACP-Gespräche führten, folgendermassen beschrieben: Sie können das Gegenüber zu einer tiefgründigen

Auseinandersetzung mit ihren Wünschen und Werten anregen. Sie sind hilfsbereit und freundlich. Es wurde von den Patienten und Patientinnen gesagt, dass die Pflegenden sich um eine ehrliche, objektive und professionelle Beratung bemühen. Es wird betont, dass die Beziehung zu der beratenden Person eine entscheidende Rolle spielt, wie auch in der Studie von Rogers et al. (2019) und Singh-Carlson et al. (2020) bestätigt wird. Durch eine wertschätzende Beziehung und aktives Zuhören können die Wünsche der Betroffenen respektiert werden (Singh-Carlson et al., 2020). In Rogers et al. (2019) kam aus diesem Grund heraus, dass Hausarztpraxen sich für ACP-Gespräche eher eignen, weil bereits eine Beziehung vorhanden ist und Nachbesprechungen eingeplant werden können. Die Pflegefachpersonen, welche ACP auch im ambulanten Setting umsetzten, wurden von anderen Fachpersonen und Patienten und Patientinnen wertgeschätzt (Miller et al., 2019; Rogers et al., 2019).

«Es handle sich eben nicht nur um eine Patientenverfügung, sondern ACP sei eine Haltung, welche man entwickeln müsse» (Karzig-Roduner, 2020, S. 16). Eine positive Haltung gegenüber ACP korreliert positiv mit den Handlungen in ACP (Hsieh et al., 2019; Singh-Carlson et al., 2020). Welche Faktoren die Haltung negativ beeinflussen, wird im Kapitel 3.1.3 behandelt. 92.4 Prozent der kanadischen Pflegefachpersonen geben an, dass sie das Besprechen der Wünsche am Lebensende als ihre Aufgabe sehen und 93 Prozent, dass ACP ein Teil ihrer Rolle ist (Rietze et al., 2018). In einer anderen Studie empfanden die meisten Fachkräfte die Pflege von Menschen mit ACP als positiv (Singh-Carlson et al., 2020). Pflegefachpersonen mit einer ACP-Weiterbildung sehen ihre Motivation darin, dass immer wieder Situationen in der letzten Lebensphase vorkommen, in denen der Wille des Betroffenen nicht ganz klar ist (Karzig-Roduner, 2020). Ausserdem wird ein Beratungsbedarf auf Seiten der Patienten und Patientinnen betont (H. Y.-L. Chan et al., 2018; Karzig-Roduner, 2020).

3.1.2 Wissensstand

In der Studie von Shepherd et al. (2018) hatten Fachpersonen signifikant mehr Organspendeausweise verglichen mit der allgemeinen Bevölkerung in Australien. Das zeigt, dass für eine Handlung ein Diskurs über ein Thema stattfinden und Wissen vorhanden sein muss (Hsieh et al., 2019). Wie sich herausgestellt hat, ist das Wissen über ACP unter den Pflegefachpersonen eher gering. In einer Umfrage mit sieben Fragen über Patientenverfügungen, vertretungsberechtigte Personen und Beistände beantworteten nur sieben Prozent der Pflegefachpersonen alle Fragen korrekt (Shepherd et al., 2018). Dabei

gaben die Fachpersonen, welche in den letzten sechs Monaten zwischen 11 und 30 sterbende Personen gepflegt hatten, eher korrekte Antworten. Nur zehn Prozent der Pflegefachpersonen hatten zu diesem Zeitpunkt selber eine Patientenverfügung (Shepherd et al., 2018). In Rietze et al. (2018) gaben mehr Pflegefachpersonen an, dass sie noch keine Schulung in ACP erhalten haben. Es wird aufgezeigt, dass mehr Wissen zu einer besseren Einstellung zu ACP und zu mehr Aktivität in ACP führt (Hsieh et al., 2019; Singh-Carlson et al., 2020). Das ACP-Wissen wird vom Alter und dem Ausbildungsgrad beeinflusst und Pflegefachpersonen in einer Führungsposition haben mehr Wissen. Interessanterweise hatten diejenigen, welche ihre Weiterbildung als ausreichend ansahen, mehr Kenntnisse, aber mehr Trainingsstunden führten nicht generell zu einem höheren Wissensstand (Hsieh et al., 2019). Es gab keine Korrelation zwischen ACP-Wissen und ACP-Handlungen (Hsieh et al., 2019). In Singh-Carlson et al. (2020) äusserten die Fachpersonen, dass ACP aus unterschiedlichen Gründen in der Theorie besser funktioniere als in der Praxis. Diese Ergebnisse betonen, dass praxisbezogene Schulungen einen wichtigen Faktor darstellen, dass aber auch die Erfahrung einen grossen Stellenwert hat, wie in Kapitel 3.1.4 gezeigt wird.

3.1.3 Hinderliche Faktoren

Der bekannteste limitierende Faktor in der Pflege, welcher auch in der Diskussion um ACP oft erwähnt wird, ist die Zeit. Die Schichtarbeit wird als Barriere für die Umsetzung von ACP beschrieben (Karzig-Roduner, 2020). Das Tagesprogramm im Spital ist zu unberechenbar, als dass Zeit für ein ausführlicheres Gespräch eingeräumt werden könnte. Es ist schwierig, mitten im Geschehen in die Rolle der beratenden ACP-Person zu schlüpfen und diese auch im Team von der Rolle als Pflegefachperson abzugrenzen (Karzig-Roduner, 2020). Pflegefachpersonen auf einer Abteilung in Portland äusserten, dass sie bei einem Neueintritt zum Teil auch nicht nach Patientenverfügungen fragten, weil sie fürchten, dass sie dann gleich ein langes Gespräch führen müssten, für welches aber keine Zeit vorhanden ist (Izumi et al., 2019). Auch die Dokumentation ist zeitaufwendig. Es fehlt ein geeignetes System, in welchem Gespräche schnell und übersichtlich dokumentiert und aktuell gehalten werden können (Izumi et al., 2019). Karzig-Roduner (2020) nennt das Managen der institutionellen Schnittstellen als eine Herausforderung. Die uneinheitlichen Strukturen und Applikationen erschweren den Prozess und die Vernetzung der Institutionen (Karzig-Roduner, 2020). Weitere Barrieren sind von institutionellen, patientenbezogenen und persönlichen Faktoren geprägt. Es

fehlen Richtlinien und die Abläufe in den Institutionen sind unklar (Rietze et al., 2018). Des Weiteren können Ärzte und Ärztinnen für die Pflegenden einen hinderlichen Faktor darstellen. Sie übernehmen je nach Umsetzungsmodell eine führende Rolle und bestimmen über die Initiierung (Rogers et al., 2019). Die Pflegenden müssen eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen, damit die Zusammenarbeit gelingt (Rogers et al., 2019). Ebenfalls müssen die Ärzte und Ärztinnen die Patientenverfügungen unterschreiben. 16.5 Prozent der Personen hatten nach den ACP-Gesprächen mit der Pflegefachperson eine schriftliche Patientenverfügung (H. Y.-L. Chan et al., 2018). Die einen Pflegenden haben Respekt davor, Unstimmigkeiten in die Familie zu bringen oder sind aufgrund von bereits genannten Faktoren, namentlich Zeitpunkt, Wissen und Kompetenzen, im ACP-Prozess gehindert (Rietze et al., 2018; Rogers et al., 2019). Von den Patienten und Patientinnen wird die Herausforderung des optimalen Zeitpunktes bestätigt, da auch persönliche Faktoren wie der Gesundheitszustand mitspielen (Miller et al., 2019). Negative Annahmen über den Patienten oder die Patientin, zum Beispiel dass sie ACP nicht für nötig halten, haben einen negativen Einfluss auf die Haltung der Pflegefachpersonen (Hsieh et al., 2019). Eigene Wertvorstellungen können ebenfalls einen Einfluss auf das ACP-Verhalten haben (Rietze et al., 2018). In Izumi et al. (2019) gaben nach der Schulung 52 Prozent der Pflegefachpersonen an, dass die einen Patienten und Patientinnen ACP ablehnen. Im Akutspital erleben die Betroffenen viel Stress und sie leiden unter einer akuten Erkrankung mit physischen und kognitiven Einschränkungen (Karzig-Roduner, 2020; Rogers et al., 2019). Das sind keine optimalen Bedingungen für eine ACP-Diskussion. Es führt zu Zeitdruck und trägt zu einer Ablehnung bei (Izumi et al., 2019). Sprachliche und kulturelle Unterschiede bringen ebenfalls Herausforderungen mit sich. Es nimmt mehr Zeit in Anspruch, weil der kulturelle Hintergrund zuerst erfasst werden muss, damit ein volles Verständnis für die Situation entsteht und die Beratung angepasst werden kann (Singh-Carlson et al., 2020). Fehlende Kommunikations- und Übersetzungsfähigkeiten erschweren es, ACP zu erklären, die Betroffenen und deren Angehörigen zu involvieren und ein tiefgründiges Gespräch zu führen (Singh-Carlson et al., 2020).

3.1.4 Förderliche Faktoren

Parallel zu den hinderlichen Faktoren gibt es auch förderliche Faktoren. Es wurde bereits erläutert, dass in Rogers et al. (2019) die Beziehung zwischen der beratenden Person und der Patientin oder dem Patienten einen Einfluss hat, als auch die zwischen dem

Pflegepersonal und dem ärztlichen Dienst. Somit wurden eine vertrauensvolle Beziehung und wertschätzende Zusammenarbeit als Schwerpunkt für eine erfolgreiche Umsetzung bezeichnet (Rogers et al., 2019). Dies inkludiert eine Expertise von Seiten der umsetzenden Person und ein gut gewähltes Setting (Rogers et al., 2019).

Das Alter der Pflegefachpersonen korrelierte in einigen Studien auch mit dem Wissen über ACP oder mit der Partizipation. In Hsieh et al. (2019) erreichten die älteren Teilnehmenden mehr Punkte im Wissenstest. Personen über 50 Jahre gaben auch eher an, dass ACP an ihrem Arbeitsort benutzt wird (Singh-Carlson et al., 2020). Die Berufsrolle hat einen Einfluss auf das Wissen und die ACP-Handlungen in der Praxis. Stellvertretende Pflegeleitende schnitten in diesen beiden Punkten besser ab als die Pflegefachpersonen (Hsieh et al., 2019). Umso älter die Pflegefachpersonen waren, desto eher haben sie sich auch schon mit ihrer persönlichen Vorsorge auseinandergesetzt (Shepherd et al., 2018). Somit ist ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Auseinandersetzung mit der Thematik ersichtlich. Als weitere Einflussfaktoren für die Umsetzung von ACP können die Einstellung gegenüber ACP, direkte und indirekte Erfahrungen und Trainings genannt werden (Singh-Carlson et al., 2020). Die Personen, welche angaben, dass dem ACP in ihrer Institution nachgegangen wird, haben selber schon eine ACP-Diskussion geführt oder hatten das Gefühl, dass sie durch die Patientenverfügung die Betroffenen nach ihren Wünschen behandeln (Singh-Carlson et al., 2020). Die Beratung eines Patienten oder einer Patientin in ACP oder das Miterleben einer solchen Beratung haben einen signifikanten Einfluss auf die Erfahrung (Singh-Carlson et al., 2020).

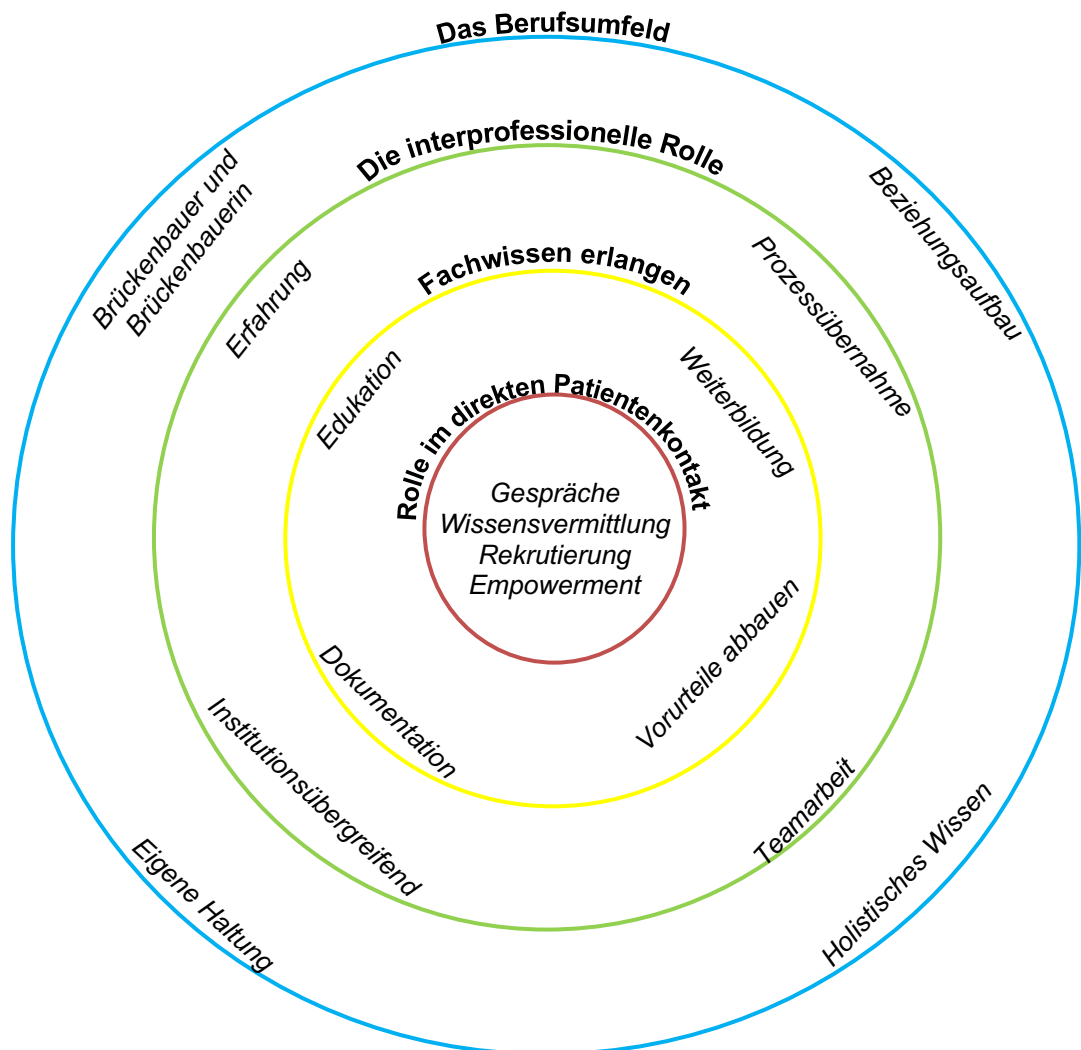
In der Studie von Rietze et al. (2018) wurden folgende Faktoren als förderlich beschrieben: Schulungs- und Beratungsmöglichkeiten, organisatorische Richtlinien und Abläufe, die Evidenz, dass ACP zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt und Geld spart, indem unnötige Behandlungen reduziert werden. Wenn absehbar ist, vor welchen Entscheidungen die Betroffenen und ihre Familien möglicherweise in der Zukunft stehen werden, motiviert das die Pflegenden, ACP-Konversationen durchzuführen (Izumi et al., 2019). Zusätzlich ist ACP einfacher durchzuführen, wenn sich die beratende Person auf dem spezifischen Fachgebiet und mit dem medizinischen Problem auskennt (Karzig-Roduner, 2020).

3.2 Die Rolle der Pflege im ACP-Prozess

Der Aufgabenbereich der Pflege im ACP-Prozess kann in vier Bereiche unterteilt werden: das Berufsumfeld, die interprofessionelle Rolle, Fachwissen erlangen und die Rolle im direkten Patientenkontakt. Die nachfolgende Abbildung 3 stellt die vier Bereiche in einem Kreismodell dar, welches ihm Rahmen dieser Arbeit entstand. Dieses soll symbolisieren, dass sich die Aufgaben vom Berufsumfeld bis hin zum Menschen herunterbrechen lassen. Im Anschluss werden diese Bereiche erläutert.

Abbildung 3

Kreismodell der Rolle der Pflegefachperson im ACP



Anmerkung. **Berufsumfeld:** Beziehungsaufbau, Holistisches Wissen, Brückenbauer und Brückenbauerin, eigene Haltung. **Die interprofessionelle Rolle:** Prozessübernahme, Erfahrung, Teamarbeit, Institutionsübergreifend. **Fachwissen:** Weiterbildung, Vorurteile abbauen, richtige Dokumentation, Richtlinien erstellen. **Rolle im direkten Patientenkontakt:** Gespräche, Wissensvermittlung, Rekrutierung, Empowerment.

3.2.1 Das Berufsumfeld

Um ein gutes ACP-Gespräch führen zu können, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden. Der Beziehungsaufbau hat eine hohe Priorität, da dieser förderlich für die Durchführung von ACP ist. Im ambulanten Bereich kann je nachdem auf eine vorhandene professionelle Beziehung aufgebaut werden (Miller et al., 2019). Patienten und Patientinnen filterten neben der vertrauenswürdigen Beziehung weitere Faktoren für ein gelungenes ACP-Gespräch heraus, nämlich ein holistisches Wissen über die soziale Situation sowie Erfahrung und Sicherheit in der Gesprächsführung. Diese Eigenschaften bringt eine erfahrene Pflegefachkraft mit (Rogers et al., 2019). Zu einem späteren Zeitpunkt haben Pflegefachpersonen die Aufgabe, als eine Brücke zwischen Angehörigen und Betroffenen zu fungieren und als Vertretende von Patienten und Patientinnen und der Familie aufzutreten. So ermöglicht es die Pflegefachperson den Betroffenen, offen über ihre Bedenken zu sprechen (Miller et al., 2019; Singh-Carlson et al., 2020). Vor allem durch ACP-Gespräche im häuslichen Setting durch Pflegepersonal wird die Kommunikation innerhalb der Familie verbessert und Unklarheiten werden verringert (H. Y.-L. Chan et al., 2018). Ob bei einem ACP-Gespräch eine angehörige Person bzw. eine vertretungsberechtigte Person dabei ist, zeigt sich in den Studien kontrovers. In Miller et al. (2019) hat ungefähr ein Drittel der Teilnehmenden eine vertretungsberechtigte Person bestimmt, die Konversationen wurden aber auf Wunsch fast nur mit den Betroffenen selbst und ohne eine weitere Person durchgeführt. Dies zeigt sich auch in den Aussagen der Beteiligten, dass nahestehende Personen oft die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit als schwierig empfinden. Chan et al. (2018) zementierte die Begleitung von einer auserwählten Person als ein Einschlusskriterium. Diese Forschenden konnten damit aufzeigen, dass die Kongruenz bezüglich Entscheidungen am Lebensende gestiegen ist. Der Beziehungsaufbau befähigt die Pflegefachkräfte, die Wünsche und Anliegen der Betroffenen innerhalb eines interdisziplinären Teams kommunizieren zu können. Da viele Pflegefachpersonen Diskussionen über Werte und Behandlungen am Lebensende als einen wichtigen Aspekt ihrer Tätigkeit empfinden, können sie ihre Kenntnisse, über die zu

Nina Flasch und Miriam Fäsi

Behandelnden in die interdisziplinären Gespräche einbauen. Dabei geht es oft um Entscheidungen am Lebensende (Rietze et al., 2018). Um diese interdisziplinären und ACP-Gespräche führen zu können, braucht es von Seiten der Pflege Kommunikationsfähigkeit, Erfahrung und Expertise. All diese Punkte fördern die Beziehung zum ärztlichen Dienst und bringen erfahrene Pflegefachpersonen als Kompetenzen mit (Rogers et al., 2019).

Wie aufgezeigt werden konnte, braucht es für ein geeignetes Berufsumfeld eine gewisse Haltung, um ACP-Gespräche umsetzen zu können. Im generellen ist die Haltung unter den Pflegefachpersonen gegenüber ACP positiv und das Bewusstsein für die Verantwortung im ACP-Prozess vorhanden (Hsieh et al., 2019; Karzig-Roduner, 2020). Dennoch beginnen Pflegefachpersonen oft kein ACP-Gespräch aus Angst, das Gespräch nicht abschliessen zu können. Es liegt im Aufgabenbereich der Pflege, hier ein Umdenken in der Haltung und der Gesprächsführung einzuführen, sodass ACP nichts ausserordentliches mehr ist (Izumi et al., 2019). Durch ihre Schulungskompetenz können sie andere Professionen oder das eigene Team dazu befähigen, Gespräche weiterzuführen oder zu dokumentieren und sich dadurch selbst zu entlasten (Rogers et al., 2019). Die Akzeptanz, dass eine Konversation später oder von einer anderen Fachkraft weitergeführt wird, ist ein Schritt in die richtige Richtung (Izumi et al., 2019). In der Studie von Hsieh et al. (2019) wird aufgezeigt, dass Pflegefachpersonen regelmässig weiterführende ACP-Gesprächen durchführen. Sie integrieren dadurch ACP in ihr Berufsumfeld. Sich immer wieder weiterzubilden und sich neues Wissen anzueignen, ist eine innere Haltung und somit ein stückweit Selbstverantwortung (Karzig-Roduner, 2020). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Beziehungsaufbau, die Vermittlung innerhalb des Familiensystems, die Auseinandersetzung mit Werten, die eigene Haltung zu hinterfragen und Schulungen zu geben, zum Aufgabenbereich der Pflege gehören.

3.2.2 Die interprofessionelle Rolle

Die Interprofessionalität der Pflege wurde im letzten Unterkapitel schon kurz angeschnitten und in Kürze wurden Voraussetzungen genannt. In diesem Abschnitt soll das Aufgabenfeld der Pflegefachpersonen im interprofessionellen Setting erläutert werden. Zumeist fehlt dem Arzt oder der Ärztin, vor allem im klinischen Setting, die Zeit, den ACP-Prozess in allen Aspekten durchführen und abschliessen zu können. Sie sind dankbar, wenn eine Weiterleitung und Übergabe des Patienten oder der Patientin an die Pflegefachpersonen erfolgen kann. Die ACP-Gespräche werden somit von

Pflegefachpersonen durch oder weitergeführt. Es gehört zu ihrem Aufgabenbereich, den Prozess zu übernehmen (Rogers et al., 2019). Es wird bestätigt, dass die Pflegenden diese Rolle ausführen können. So werden Ärzte und Ärztinnen in der Zusammenarbeit als «Torhüter» und in der Schlüsselposition gesehen. Wenn keine Vermittlung seitens der Ärzteschaft stattfindet, zeichnet sich das als hinderlich für ein ACP-Gespräch ab (Rogers et al., 2019). Kommunikationsfähigkeit und Erfahrungen werden als Voraussetzungen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit betrachtet (Karzig-Roduner, 2020). Hinsichtlich der beiden genannten Aspekte besteht ein Zusammenhang zwischen Vertrauen in den ACP-Vermittler und -Vermittlerin seitens des Arztes oder der Ärztin und Zugang zu Patientendaten. Ebenfalls wurden die Vermittelnden von den Gesundheitsfachpersonen als hilfreich empfunden und wertgeschätzt (Rogers et al., 2019). Die Studie von Karzig-Roduner (2020) zeigt auf, dass es sich positiv auf das Gespräch auswirkt, wenn Pflegefachpersonen und Ärzte und Ärztinnen involviert sind und unterstreicht damit nochmals die Wichtigkeit des interprofessionellen Ansatzes und die Rolle der Pflege. Durch solche gemeinsamen Gespräche erfolgt ein grösseres Verständnis für das Ziel der Behandlung im Team wie auch unter den Pflegefachpersonen (Karzig-Roduner, 2020). Die gemeinsame Zusammenarbeit bewirkt eine Auflösung der Stereotypisierung der lebensverlängernden Ansätze der Ärzte und Ärztinnen auf der einen Seite und die leidlindernden Ansätze der Pflegefachpersonen auf der anderen Seite. Der interprofessionelle Ansatz sollte aber nicht nur in der eigenen Institution verfolgt, sondern auch darüber hinaus praktiziert werden. Das Verschicken und Kommunizieren von und per E-Mail zwischen den einzelnen Einrichtungen wie Spitex, Palliative Care Team und dem Hausarzt oder der Hausärztin erwies sich vor allem im ambulanten Bereich als hilfreich und gehört zum Arbeitsbereich einer Pflegefachperson (Karzig-Roduner, 2020).

3.2.3 Fachwissen erlangen

Die Studie von Karzig-Roduner (2020) beschreibt, dass unter den Pflegefachpersonen noch nicht viel Wissen bezüglich ACP vorhanden ist. In verschiedenen Abschnitten in vorherigen Kapiteln wurde auf dieses Thema schon eingegangen. So fassen die Ärzte und Ärztinnen vermehrt Vertrauen in Pflegefachpersonen, wenn sie Fachwissen und Kommunikationsfähigkeiten mitbringen, welche in Fortbildungen vermittelt wird (Rogers et al., 2019). Da es Korrelationen zwischen Wissen und Einstellung gibt und sich die Einstellung wieder auf die Umsetzung überträgt, sind Fortbildungen ein zentraler Punkt im Aufgabenbereich der Pflege (Hsieh et al., 2019). Izumi et al. (2019) stellt fest, dass mit

einer 30 minütigen Schulung die Durchführung von ACP-Gesprächen zunimmt. Dieses Ergebnis wies keine Signifikanz auf. Durch die Schulung wurde aber über den Vorteil und den Nutzen von ACP aufgeklärt und somit eine gemeinsame Unterstützung und Kommunikation in ACP gefördert. Vorurteile wie «ACP ist nicht die Aufgabe von Pflegefachpersonen», «ACP nimmt Hoffnung weg» und «Ärzte und Ärztinnen wollen nicht, dass die Pflege ACP implementiert» wurden verringert und das Vertrauen in das Wissen und das Handlungspotenzial sind signifikant gestiegen. So gaben Pflegefachpersonen an, dass sie Informationen besser vermitteln, Patienten und Patientinnen aufklären sowie unterstützen und Gespräche dokumentieren können (Izumi et al., 2019). Nach einem Kursbesuch wurde der Fachaustausch und das ständige Üben zum Erlangen von Sicherheit als hilfreich angesehen (Karzig-Roduner, 2020). Dass eine direkte Begleitung wichtig ist, zeigt sich, indem sich Pflegefachpersonen direkt nach der genannten Schulung zu einer Beratung befähigt fühlten, dies aber drei Monate später im Vergleich nicht mehr statistisch signifikant war (Izumi et al., 2019). In Miller et al. (2019) wurde dargelegt, dass Pflegefachpersonen durch ein eintägiges ACP-Training, online Training und anfänglicher telefonischer Unterstützung durch Experten und Expertinnen ACP im Hausarztpraxen-Setting durchführen können. Ausserdem fördern Schulungen seitens des Pflegefachpersonals Selbstsicherheit (Rietze et al., 2018).

Wie weit ACP von den einzelnen Personen umgesetzt werden kann, hängt auch mit dem Ausbildungsniveau zusammen. Pflegefachpersonen mit einem Master, in der Schweiz sogenannte APNs, verfügen über mehr Arbeitsflexibilität und könnten daher die Rolle eines ACP-Vermittlers oder -Vermittlerin gut umsetzen (Karzig-Roduner, 2020). APNs erfüllen auch die zuvor genannten Kriterien, dass ein Vertrauen zwischen der Ärzteschaft und Pflege entstehen kann, da sie viel Fachwissen und Erfahrungen mitbringen. Daher wären sie in der optimalen Position, um im ACP-Prozess mitzuwirken (Karzig-Roduner, 2020). Generell kann gesagt werden, dass Pflegefachpersonen mit einer Kaderfunktion mehr Wissen haben und im Erstellen von Richtlinien geübt sind (Hsieh et al., 2019).

3.2.4 Die Rolle im direkten Patientenkontakt

Im direkten Patientenkontakt zeigen sich verschiedene Aufgaben im ACP-Prozess. Pflegefachpersonen können Patienten und Patientinnen beim Eintritt nach einer Patientenverfügung fragen und den Prozess ins Rollen bringen (Izumi et al., 2019). Des Weiteren können sie mit anderen Professionen wie den Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen in den Austausch treten und bei einer Verschlechterung des

Zustandes die Wünsche, welche bereits dokumentiert sind, mit den Betroffenen gemeinsam anpassen (Izumi et al., 2019). Ist noch keine Patientenverfügung vorhanden, können Pflegefachpersonen dem Patienten oder der Patientin Wissen vermitteln und dabei helfen, eine fundierte Ausgangslage für Entscheidungen zu schaffen (Singh-Carlson et al., 2020). Dabei sollten sie die Betroffenen über den Gesundheitszustand aufklären und die Personen dazu anhalten, die eigenen Wünsche mit Hilfe von ACP festzuhalten (H. Y.-L. Chan et al., 2018). Pflegende sind sich gewohnt, komplexe Informationen herunter zu brechen und patientengerecht zu übermitteln (Karzig-Roduner, 2020). Dadurch ermöglichen Pflegefachpersonen eine tiefgründige Abwägung von Prioritäten und Werten (Miller et al., 2019). Hier setzten die Fachpersonen an, indem sie edukativ arbeiten, versuchen Missverständnisse im Gespräch zu klären und allen Beteiligten Empowerment zurückgeben (H. Y.-L. Chan et al., 2018). So untermauern dies die Betroffenen, indem sie den Wert für die Familie und die verminderten Konflikte als einen Gewinn wahrnehmen (H. Y.-L. Chan et al., 2018; Miller et al., 2019). In den Schritten der Aufklärung weist die Pflegefachkraft den Patienten und die Patientin auf die Möglichkeit einer vertretungsberechtigten Person hin (H. Y.-L. Chan et al., 2018). Zum weiteren Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen gehört die Rekrutierung von Patienten und Patientinnen, welche ein besonders hohes Mortalitätsrisiko aufweisen und somit womöglich in naher Zukunft von ACP profitieren könnten. Dazu können verschiedene Assessmentverfahren von den Pflegefachpersonen angewendet werden (Rogers et al., 2019). Das aktive Ansprechen und Nachfragen zum Thema der Patientenverfügung wird von den Betroffenen als positiv erlebt und erwünscht (Miller et al., 2019). So sollte dies ein fester Bestandteil der Rolle der Pflege im ACP-Prozess sein (Rogers et al., 2019). Weitere Aufgabenbereiche, welche bei Rogers et al. (2019) genannt werden, sind, den behandelten Arzt oder die Ärztin über die Möglichkeiten von ACP aufzuklären, ACP-Gespräche selbst durchzuführen, Betroffene und Angehörige im ACP-Prozess zu unterstützen und Schulungen für Gesundheitsfachpersonen wie auch für weitere Mitarbeitende durchzuführen. Die Dokumentation von Gesprächen und von den genannten Tätigkeiten nennt Izumi et al. (2019) als einen wichtigen Aufgabenbereich der Pflege, um die geleistete Arbeit sichtbar zu machen.

3.3 Faktoren einer erfolgreichen Umsetzung

Im Kapitel 3.2 wird sichtbar, dass sich der Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen im ACP nicht auf wenige Tätigkeiten begrenzt, sondern sehr weitreichend ist. In der Abbildung 3 sind einige Stichworte von den vier Bereichen hervorgehoben. Es reicht von Edukation der Betroffenen und des Teams bis hin zur selbstständigen Durchführung eines ACP-Gespräches. Aufgrund dieser Spannweite muss für eine erfolgreiche Umsetzung einen Blick über den Tellerrand geworfen werden. In diesem dritten Überkapitel wird die Perspektive auf die Rolle der Pflegefachpersonen im ACP-Prozess erweitert. Dazu werden Rahmenbedingungen und ein potenzielles, erweitertes Arbeitsumfeld für die Umsetzung beschrieben.

3.3.1 Rahmenbedingungen

In der Studie von Izumi et al. (2019) nahm die Pflegedienstleitung eine zentrale Position ein. Sie kreierte einen Leitfaden für den ACP-Prozess. Als erste Erkenntnisse aus der Studie gewonnen wurden, gab sie diese in den täglichen Besprechungen dem Personal weiter und nahm somit aktiv am ACP-Geschehen teil (Izumi et al., 2019). Bei der Befragung der Pflegefachpersonen in Ontario gaben nur 27.5 Prozent an, dass eine Richtlinie zu ACP in ihrer Institution vorhanden ist (Rietze et al., 2018). Ausserdem empfand fast die Hälfte, dass von ihnen die Integration von ACP in den Pflegealltag nicht erwartet wird (Rietze et al., 2018). In der Studie von Karzig-Roduner (2020) kommt zur Sprache, dass der Anstoss von oben, also von der Institutionsleitung kommen sollte. Damit ACP nachhaltig implementiert werden kann, braucht es Strategien der Spitäler für die Finanzierung, so zumindest in der Schweiz. Ebenfalls wird betont, dass eine hohe Personalfuktuation die Implementierung von ACP erschwert (Karzig-Roduner, 2020). Es sind viele einzelne Komponenten, welche berücksichtigt werden müssen. Durch das Zusammenlegen dieser drei Studien wird ersichtlich, dass die Rahmenbedingungen auch von einer höheren Instanz beeinflusst werden. Das Pflegepersonal kann aus Eigenmotivation Prozesse nach oben zur Leitung hin bewegen, das braucht aber viel Energie und Zeit (Karzig-Roduner, 2020). Zudem braucht ACP an sich Zeit, da es ein Prozess ist. Das wird in Chan et al. (2018) ersichtlich, wo erst nach sechs Monaten die Teilnehmenden und die vertretungsberechtigte Person mehr Kongruenz zeigten bezüglich der Wünsche der Teilnehmenden im Falle einer Urteilsunfähigkeit als die Kontrollgruppe, welche kein ACP erhielt. Auf diesen Faktor wird im nächsten Kapitel 3.3.2 eingegangen.

Auf Seiten der Pflegefachpersonen gibt es auch einen Kompetenzrahmen, welcher erfüllt werden muss. Viele nötige Kompetenzen für ACP wurden schon erwähnt. Einige Anforderungen wie Berufs- und Lebenserfahrung (Karzig-Roduner, 2020) können nicht erlernt werden, hingegen das medizinische Wissen (Karzig-Roduner, 2020) schon. Die mehrmals erwähnte Haltung und Einstellung gehören auch zu diesem Rahmen. Das Qualitätsprojekt von Izumi et al. (2019) wurde durchgeführt, weil die Pflegefachpersonen es wünschten und thematisierten.

3.3.2 Der ambulante Bereich

In diesem letzten Ergebniskapitel wird auf ein Setting eingegangen, welches auch durch die hinderlichen und förderlichen Faktoren begründet werden kann und in den Studien immer wieder angesprochen wird (Kapitel 3.1.3 und 3.1.4). Es handelt sich dabei um die ACP-Versorgung Zuhause und in der Hausarztpraxis. Die Studie von Miller et al. (2019) wurde in vier Praxen in Sydney durchgeführt, wobei fünf GPNs die ACP-Beratung mit den Patienten und Patientinnen koordinierten und durchführten. Die Gespräche wurden von den Teilnehmenden als hilfreich und angenehm empfunden. Grundsätzlich konnte dadurch gezeigt werden, dass die Pflegefachpersonen in diesem Bereich für ACP-Gespräche eingesetzt werden können (Miller et al., 2019). In Hong Kong wurde ein ACP-Programm von einer Pflegefachperson im häuslichen Setting bei ausgetretenen Patienten und Patientinnen angewendet (H. Y.-L. Chan et al., 2018). Sie besuchte die Teilnehmenden und ihre vertretungsberechtigte Person drei Mal und führte ACP-Gespräche zu den Themen «meine Geschichte, meine Ansichten und meine Wünsche» durch. Diese randomisierte kontrollierte Studie konnte zeigen, dass dieses pflegegeleitete ACP-Programm zu mehr Patientenverfügungen und Notfallplänen führte. Zusätzlich zeigte sich in der Interventionsgruppe nach sechs Monaten eine höhere Übereinstimmung der Wünsche am Lebensende zwischen den Patienten und Patientinnen und der vertretungsberechtigten Person als in der Kontrollgruppe (H. Y.-L. Chan et al., 2018). Auch in der Studie von Rogers et al. (2019) fand ein Teil der Umsetzung durch eine Pflegefachperson im häuslichen Setting und in Praxen statt. Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass nicht-akute Rahmenbedingungen sich besser für ACP-Gespräche eignen. Somit wurden Hausarztpraxen oder das ambulante Setting als geeignet beschrieben (Rogers et al., 2019). Die Studie weist darauf hin, dass ein ACP-Pflege-Vermittler-Modell, welches der Primärversorgung angegliedert ist, wirkungsvoll ist (Rogers et al., 2019).

In allen drei Studien erhielten die ausführenden Pflegefachpersonen eine Schulung, hatten auf diverse Unterlagen wie Anleitungen und Diskussionshilfen Zugriff und sie wurden von mindestens einer erfahrenen Person begleitet und unterstützt (H. Y.-L. Chan et al., 2018; Miller et al., 2019; Rogers et al., 2019). In der Studie von Rietze et al. (2018) sind mehr Pflegefachpersonen aus dem Spital aktiv im ACP verglichen zum nicht-akuten Bereich. Auch in der Schweiz wird das ambulante Setting erst als Idealvorstellung bezeichnet (Karzig-Roduner, 2020).

4 Diskussion

Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit zeigen nicht nur, dass Pflegefachpersonen durchaus eine wichtige Rolle im ACP-Prozess haben, sondern dass ein konkreter Aufgabenbereich formuliert werden kann. Im folgenden Kapitel werden diese zentralen Ergebnisse zusammengefasst und in Bezug zur Fragestellung gestellt. Sie werden diskutiert sowie interpretiert und in Kontext zueinander und zu weiterführender Literatur gestellt. Das Ziel ist es, einen Praxisbezug herzustellen und eine Schlussfolgerung ziehen zu können. Des Weiteren wird eine Synthese der kritischen Begutachtungen der neun Studien dargelegt und es werden anknüpfende Forschungsfragen präsentiert.

4.1 Die Zusammenarbeit und der Kontext

Izumi (2017) schreibt in ihrem Artikel über die Rolle der Pflegefachpersonen, dass sie durch ihr Berufsumfeld ein wichtiger vorantreibender Faktor im ACP-Geschehen sind. Das konnte in dieser Arbeit bestätigt werden. Pflegefachpersonen betreuen Patienten und Patientinnen, welche in absehbarer Zeit womöglich bedeutsame medizinische Entscheidungen treffen müssen. Trotzdem haben viele Personen nicht mit ihren Angehörigen über solche Situationen gesprochen, wie in der Studie von Chan et al. (2018) aufgezeigt wird. In der Einleitung wurde von Coors et al. (2015) aufgegriffen, dass der schlechte Allgemeinzustand der Patienten und Patientinnen oft zu spät erkannt wird. Das korreliert mit den eigenen Erfahrungen der Autorinnen. Ergänzend diskutiert Hsieh et al. (2019), dass auch der Übergang zur Hospizpflege verzögert ist. Pflegefachpersonen können dieser Problematik entgegenwirken, indem sie bei jedem Patienten und jeder Patientin frühzeitig die gesundheitliche Vorsorge ansprechen und abklären, ob schon Gespräche diesbezüglich stattgefunden haben. Das kann mit der Anamnese verbunden werden (Izumi, 2017). Ein erweiterter Vorschlag wäre, ACP in den Pflegeprozess zu

integrieren (Karzig-Roduner, 2020). Daran könnte ebenfalls die Dokumentation angeknüpft werden, welche ein Schwerpunkt in ACP ist. Wenn die Person noch keine Patientenverfügung hat, kommt das interprofessionelle Team ins Spiel, denn ACP ist die Aufgabe des gesamten Gesundheitssystems (Izumi, 2017). Die Ergebnisse beleuchten die Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und dem ärztlichen Dienst. In Rietze et al. (2018) wird diskutiert, dass die historisch verankerte Hierarchie ein Hindernis für die Pflegefachpersonen sein kann und sie sich deshalb im ACP zurückhalten. Die Ergebnisse deuten aber darauf hin, dass Pflegefachpersonen durch einen guten Beziehungsaufbau und durch Kommunikation ihrer Kompetenzen die Zusammenarbeit fördern und so ihre Rolle im ACP wahrnehmen können. Denn nur durch die Mitarbeit beider Berufsgruppen können alle Patienten und Patientinnen von ACP profitieren und es kann vor allem auch Zeit gespart werden (Rogers et al., 2019). In der Studie von Karzig-Roduner (2020) empfanden erfahrene Pflegefachpersonen die Einschätzung der Urteilsfähigkeit eine Herausforderung. In solchen Situationen sollten die verschiedenen Disziplinen zusammenarbeiten, um sich gegenseitig zu unterstützen und für das bestmögliche Wohl der Betroffenen zu sorgen. Förderlich für eine gute Zusammenarbeit ist nicht nur die Interprofessionalität, sondern auch ein gemeinsames Grundverständnis von ACP im Team (Izumi et al., 2019). Dieses hängt vom Wissen und der eigenen Einstellung ab und beeinflusst laut Karzig-Roduner (2020) die Umsetzung von ACP. Pflegefachpersonen, welche sich mit ACP auseinandergesetzt haben, sollten ihr Fachwissen weitergeben und die Mitarbeitenden aufklären, wie auch S. Izumi (2017) schreibt. Das betrifft vor allem die älteren, erfahrenen Pflegefachpersonen, welche ihre Fähigkeiten in der Gesprächsführung weitergeben können.

4.2 Umgang mit hinderlichen Faktoren

In der Einleitung wurden hinderliche Faktoren wie Zeit sowie mangelnde institutionelle Unterstützung und fehlende Kenntnisse genannt, welche die Ergebnisse bestätigt haben. Im Folgenden soll auf Lösungsansätze eingegangen werden.

4.2.1 Schulungen und Weiterentwicklung der Haltung

Fast alle Studien, die für diese Arbeit herangezogen wurden, erwähnen oder vertiefen das Thema Wissen und Edukation. In der Studie von Hsieh et al. (2019) wird die Wechselwirkung von Wissen, Einstellung und Handeln in einem Dreieck aufgezeigt. Das

Wissen muss vertieft werden, um die Einstellung zu ACP zu verändern. Durch eine positive Einstellung treten vermehrt ACP-Handlungen ein (Hsieh et al., 2019). Spannend dabei ist, dass die Einstellung der Teilnehmenden schon positiv war. Vermutlich reicht das aber nicht, um ins Handeln zu kommen. Im Review von Blackwood et al. (2019) wird das Zusammenspiel von Wissen, Haltung und Handeln ebenfalls beschrieben. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass durch eine Schulung Vorurteile abgebaut werden können (Izumi et al., 2019). Insgesamt kann gesagt werden, dass Edukation einen direkten Einfluss auf die Implementierung von ACP hat, wie in den Ergebnissen ausführlich aufgezeigt wurde. In den Studien werden bereits mögliche Ansätze beschrieben, um die Edukation und Weiterbildung zu fördern. Das Bewusstsein für ACP sollte in der Basisausbildung geschaffen und das Wissen später in Fortbildungen vertieft werden (Head et al., 2018; Shepherd et al., 2018). Vertiefungskurse oder regelmässige Fachveranstaltungen könnten Lösungsansätze für mehr Sicherheit im Gespräch sein (Karzig-Roduner, 2020). Die Schulungen sollten einen möglichst nahen Praxisbezug haben (Izumi et al., 2019). Anhaltspunkte dafür wären, auf erfahrenes Personal zurückzugreifen, Simulationen im Training einzubauen oder Erfahrungen durch Observation und durch direktes Üben am Patienten oder an der Patientin zu sammeln. Aber auch Schauspieler und Schauspielerinnen sollten miteinbezogen werden (Karzig-Roduner, 2020; Shepherd et al., 2018; Singh-Carlson et al., 2020). Diese Formen von Weiterbildungen werden von Banduras sozial-kognitiven Theorie unterstützt, welche bei Singh-Carlson et al. (2020) erwähnt wird und besagt, dass erfolgreiches Lernen in einem sozialen Kontext mit Interaktion stattfindet. Durch die Ausbildung und Weiterbildung werden die Studenten und Studentinnen auf ihre Rolle aufmerksam gemacht und können differenzierte ACP-Interventionen einleiten (Rietze et al., 2018; Singh-Carlson et al., 2020). Es entsteht ein klareres Rollenverständnis (Izumi, 2017). In einem weiteren Schritt ist es die Aufgabe der frisch ausgebildeten Pflegefachkräfte, dass sie ihr Wissen in die Praxis tragen, sich für eine Umsetzung engagieren und das Grundverständnis fördern. Zum Schluss liegt die Weiterbildung in den Händen von jedem und jeder Einzelnen. In einem so stetig entwickelnden Bereich wie der Medizin ist es ein ungeschriebenes Gesetz, sich um den eigenen Wissenszuwachs zu kümmern.

4.2.2 Institutionen und Richtlinien

Die Ergebnisse haben aufgezeigt, dass ACP ein noch nicht institutionalisiertes Konzept ist. Damit wird die Aussage von Blackwood et al. (2019) aus der Einleitung gespiegelt. Das

erschwert die Umsetzung von ACP, auch wenn ausgebildetes und motiviertes Personal zur Verfügung stehen würde (Karzig-Roduner, 2020). Die Studie von Singh-Carlson et al. (2020) ruft die Entscheidungsträger der Spitäler dazu auf, ACP zu integrieren und zu fördern. Gerade Kadermitglieder der Pflege können die verantwortlichen Personen dazu auffordern, sich mit ACP auseinanderzusetzen und auch finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Studie von Hsieh et al. (2019) spricht sogar die politische Ebene an in Bezug auf ein neues Gesetz für die Autonomie der Patienten und Patientinnen in Taiwan. In Konklusion werden in diesem Zusammenhang die Pflegefachpersonen dazu aufgefordert, unter anderem die Ärzte und Ärztinnen auf ihre Rolle im ACP-Prozess aufmerksam zu machen, um selbstvertrauter mitwirken zu können. Das fließt wieder mit dem einher, dass Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen sichtbar machen müssen. Eine Konsequenz der fehlenden Institutionalisierung ist, dass keine Richtlinien zu ACP vorhanden sind. In mehreren Studien wird aber die Wichtigkeit von Richtlinien betont. Aus den Ergebnissen lässt sich ein Zusammenhang zwischen Pflegeleitenden und Richtlinien sowie Erwartungen erkennen (Izumi et al., 2019; Rietze et al., 2018; Singh-Carlson et al., 2020). Wenn ausgebildete Pflegefachpersonen oder die Pflegeleitenden sich für ACP auf einer Abteilung einsetzen, Richtlinien erstellen und die Aufgaben klar darlegen, unterstützt das die Umsetzung in der Praxis. Im Review von Ke et al. (2015) wird ebenfalls an die Pflegefachpersonen und Pflegeleitenden appelliert, dass sie eine führende Rolle im administrativen und vermittelnden Bereich übernehmen. Wenn zusätzlich ACP-Koordinierende bestimmt werden, können diese ein multidisziplinäres Team anleiten. Dadurch kann Zeit eingespart und ein gemeinsames Verständnis geschaffen werden. Ein weiterer Ansatz, welcher einigen hinderlichen Faktoren entgegenwirken würde, ist das ambulante oder häusliche Setting. In den Ergebnissen konnte ausführlich aufgezeigt werden, inwiefern diese sich für die Gesprächsführenden und die Teilnehmenden besser eignen. In der Schweiz könnte dabei die APN in den Praxen eine führende Rolle übernehmen (Karzig-Roduner, 2020). Für Gespräche Zuhause käme vielleicht die Spitex in Frage, sofern die Leistungen abrechenbar sind. Dabei ist es wieder die Verantwortung jeder einzelnen ausgebildeten Person, in ihrem Arbeitsfeld das Potential zu erkennen. In diesen Settings kann dem Zeitmangel entgegengewirkt werden, weil fortführende Gesprächstermine gebucht werden können und der Druck von akuten Situationen wegfällt. Zusätzlich ist eher eine Beziehung zu den Fachpersonen vorhanden und ACP kann frühzeitig stattfinden (Head et al., 2018). In dieser Arbeit wurde ACP oft im Zusammenhang mit dem Lebensende oder schweren Krankheitssituationen beschrieben,

doch ACP ist, wie in der Einleitung betont, für alle erwachsenen Personen gedacht, unabhängig ihres Gesundheitszustandes.

4.3 Theorie-Praxis Transfer

In diesem Abschnitt soll noch einmal explizit hervorgehoben werden, wie die gesammelten Ergebnisse in die Praxis integriert werden können.

Pflegefachpersonen können beim Eintritt die Patienten und Patientinnen nach einer Patientenverfügung fragen und ermitteln, ob mit den Angehörigen schon Gespräche über Behandlungswünsche geführt wurden. Sie können niederschwellige Informationen über ACP vermitteln und bei den Betroffenen Aufmerksamkeit für dieses Thema schaffen. Sie klären zudem über die Funktion der vertretungsberechtigten Person auf. Besteht ein Interesse seitens der Betroffenen, eine vorausschauende Planung durchzuführen, übermitteln die Pflegefachpersonen sie an Experten und Expertinnen. Durch den fortlaufenden Kontakt der Pflegefachpersonen zu den Patienten und Patientinnen können sie das interprofessionelle Team auf Zustandsveränderungen aufmerksam machen. So sorgen sie dafür, dass der Behandlungsplan vor einer möglichen Urteilsunfähigkeit erstellt wird und aktuell ist. Weiterführende Auseinandersetzungen des Betroffenen mit der Pflegefachperson über Behandlungswünsche werden ebenfalls festgehalten und kommuniziert. Diese vollständige Dokumentation zeigt die geleistete Arbeit in einem interprofessionellen Team auf und gewährleistet Transparenz. Somit muss nicht eine Fachperson allein unter Zeitdruck den Prozess leiten. In kritischen Situationen kann auf die Aussagen zurückgegriffen werden, die Pflegefachpersonen können für den Willen der Menschen eintreten und ermöglichen so eine patientenzentrierte Behandlung. Es ist wichtig, dass die Pflegefachpersonen die Dokumente bei Aus- oder Übertritt auch an die weiterbehandelnden Fachpersonen weiterleiten, zum Beispiel an die Hausärzte und -ärztinnen.

Unter den Experten und Expertinnen werden Fachpersonen verstanden, welche eine ACP-Weiterbildung absolviert haben, Erfahrungen mit sich bringen und optimaler Weise ein flexibles Zeitfenster für ACP-Gespräche zur Verfügung haben. Pflegefachpersonen können sich diese Expertise aneignen. Sie können in einem ambulanten Setting tätig sein oder sie ziehen im Spital erste ACP-Fragen in die Anamnese mit ein. Sie unterstützen die Interessenten dabei, eine vertretungsberechtigte Person zu involvieren. Der ärztliche Dienst muss schlussendlich die ACP-Dokumente unterschreiben. APNs könnten in der

Schweiz auf Grund der Zeitflexibilität und ihrer Expertise eine wichtige Rolle im Prozess einnehmen. Doch auch Pflegefachpersonen ohne Master, aber mit der genannten Schulung sollen ACP-Gespräche durchführen. Eine erweiterte Rolle ist es, ACP und die Haltung im Team zu vermitteln sowie Richtlinien und somit die Institutionalisierung voranzutreiben.

Mit dieser Darstellung der Aufgaben kann die Fragestellung dieser Bachelorarbeit beantwortet werden. Die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Betroffenen und Angehörigen bestätigen den elementaren Einsatz der Pflegefachpersonen in diesem Konzept.

4.4 Die kritischen Würdigungen

In diesem Kapitel wird die Güte der Ergebnisstudien anhand der kritischen Würdigungen, welche im Anhang ersichtlich sind, beurteilt. Generell kann gesagt werden, dass alle Studien nach dem EMED-Format aufgebaut sind und Antworten zu der Fragestellung liefern. Die meisten Studien waren von einer Ethikkommission geprüft worden, doch von den Forschenden wurden keine ethischen Fragestellungen aufgenommen. Alle Studien bis auf die von Singh-Carlson et al. (2020) nannten Limitationen. Die Studien von Izumi et al. (2019), Rogers et al. (2019) und Shepherd et al. (2018) nannten keine weiterführenden Forschungsimplicationen. Alle Studien zeigten mindestens in der Konklusion einen Praxisbezug auf.

4.4.1 Güte der qualitativen Studien

Die Analyse der Güte der drei qualitativen Studien ist nach den Kriterien Confirmability, Dependability, Credibility und Transferability von Guba und Lincoln (1985) gegliedert und die Inhalte richten sich nach dem Leitfaden der SAMW (2009).

Bestätigung (Confirmability)

In den Studien fand keine Prüfung durch eine externe Person statt. Alle Interviews wurden transkribiert. In der Studie von Miller et al. (2019) wurden die Analyseschritte auf verschiedene Personen der Forschungsgruppe aufgeteilt und sind nachvollziehbar. Zwei Personen entwarfen Codierungsbäume, welche sie verglichen und aneinander anpassten. Es wird nicht konkret erwähnt, ob die weiteren Analysen aufgeschrieben oder festgehalten wurden und das methodische Vorgehen ist nicht mit Quellen hinterlegt. In der Masterarbeit

von Karzig-Roduner (2020) ist die Datenanalyse sehr genau beschrieben, mit Quellenangaben versehen sowie begründet und die Gütekriterien werden erläutert. Die Analyse beinhaltete, dass die Transkripte in mehreren Schritten bearbeitet wurden. In der Studie von Rogers et al. (2019) wird ebenfalls eine wissenschaftliche Vorgehensweise zitiert, die Methode ist jedoch knapp beschrieben. Das kann damit zusammenhängen, dass diese Arbeit auf einer durchgeführten randomisierten kontrollierten Studie basiert. Es wird beschrieben, dass die ganze Analyse schriftlich festgehalten wurde, wie auch in der Studie von Karzig-Roduner (2020). Sie verwendeten beide Memos, um die Interviews zu reflektieren. In der Studie von Karzig-Roduner (2020) wird keine Datensättigung besprochen, in den anderen beiden Studien schon.

Zuverlässigkeit (Dependability)

Der Leitfaden der Interviews wurde im Laufe der Durchführung angepasst (Karzig-Roduner, 2020; Rogers et al., 2019). Derjenige von Karzig-Roduner (2020) wurde von einer Pflegefachperson im Vorfeld getestet. Sie schreibt zudem, dass das methodische Vorgehen systematisch stattgefunden hat und so wirkt es auch. Rogers et al. (2019) wählte ein Verfahren, welches es ermöglichte, die Daten immer gleich zu analysieren, indem unter anderem Vergleiche hergestellt wurden. Miller et al. (2019) führte die Analysen auch in Phasen durch, sodass frühzeitig Vergleiche gemacht werden konnten.

Glaubwürdigkeit (Credibility)

In den Studien von Miller et al. (2019) und Rogers et al. (2019) wurden die Interviews von Personen aus der Forschungsgruppe geführt, welche zuvor keinen Kontakt zu den Teilnehmenden hatten. Es fanden immer wieder Austausche in der ganzen Forschungsgruppe statt, um die Daten zu diskutieren. In der Masterarbeit (Karzig-Roduner, 2020) war das Erstere nicht der Fall. Es ist aber erläutert, wie dem Rollenkonflikt entgegengewirkt wurde. Die Interviews wurden am Arbeitsort der Teilnehmenden durchgeführt. Die Forschenden besprach die Erkenntnisse aus der Analyse mit Kolleginnen. Zur Analyse der Daten wurden in allen drei Studien keine weiteren Perspektiven als die Interviewdaten hinzugezogen, ausser in Rogers et al. (2019) wo noch der Einbezug eines Rollenbeschreibs der vermittelnden Pflegefachpersonen erwähnt wird, welcher aber nicht weiter ausgeführt ist. In allen Studien wurden subjektives Empfinden, Perspektiven oder Verhalten erfragt und das ist in den Ergebnissen widerspiegelt worden.

Übertragbarkeit (Transferability)

Die drei Studien führen passende Zitate im Ergebniskapitel auf. Karzig-Roduner (2020) hat aus ihren Ergebnissen ein Modell abgeleitet, auf welches auch die Diskussion Bezug nimmt. Die Erkenntnisse stammen aus der Pflegepraxis und die diskutierten Aspekte sind greifbar. Für die Rekrutierung wurde eine Gelegenheitsstichprobe angewendet, welche aber zum Ziel hatte, dass ein breites Bild entsteht, was schlussendlich auch gelungen ist. In Miller et al. (2019) wurde die Stichprobe ebenfalls nachvollziehbar gewählt, was von Rogers et al. (2019) nicht behauptet werden kann, da keine Ein- und Ausschlusskriterien und nur wenige Charakteristiken beschrieben sind. Die Stichprobe lässt aber Aussagen zum städtischen sowie dem ländlichen Gebiet zu. Die Ergebnisse sind in allen Studien ausführlich dargelegt, haben einen Bezug zum Pflegeberuf und die Diskussionen sind mit weiterer Literatur angereichert.

Nach dieser Beurteilung kann gesagt werden, dass die qualitativen Studien eine hohe Güte aufweisen.

4.4.2 Güte der quantitativen Studien

Die Analyse der Güte der sechs quantitativen Studien ist nach den Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität von Bartholomeyczik et al. (2008) gegliedert.

Objektivität

In der Studie von Hsieh et al. (2019) wurde ein zuvor erprobter Fragebogen benutzt, was zur Objektivität beiträgt. Es werden verschiedene Parameter zur Validierung des Fragebogens verglichen, unter anderem die Cronbach Alpha Messzahl, welche angemessen wirkt. Die Datenanalyse ist nachvollziehbar. Durch Tabellen werden die Ergebnisse transparent und vergleichbar. Das Aushändigen der Umfrage erfolgte durch eine Forschungsperson. Es wird nicht beschrieben, ob diese unabhängig ist. Durch das wird die Objektivität beeinflusst. Bei Izumi et al. (2019) ist die Datenerhebung und die Analyse korrekt, aber die Unabhängigkeit der Forschenden ist nicht immer gegeben. So war die Stationsleitung bei mehreren Studienschritten involviert. Mitarbeitende könnten sich verpflichtet gefühlt haben, teilzunehmen. Die Objektivität kann dadurch verzerrt werden. Die Studie von Chan et al. (2018) ist in ihrer Objektivität eingeschränkt, da nicht nachvollziehbar ist, woher die Personenliste der Probanden und Probandinnen kommt. Die durchführende Pflegefachperson wird nicht beschrieben. Des Weiteren ist die

studienleitende Person in die Intervention involviert. Bei der Studie von Singh-Carlson et al. (2020) ist das genannte Gütekriterium gegeben, da kein Kontakt zwischen Forschenden und Teilnehmenden besteht. Die Durchführung der Umfrage fand online statt und somit ist das Umfragesetting unbekannt. Dies kann zu leichten Verzerrungen führen. Für die einen Fragekategorien wurde ebenfalls der Cronbach Alpha berechnet. Die Probanden und Probandinnen, welche rekrutiert wurden, bestanden aus Pflegefachpersonen, welche bereit waren, an einer Studie teilzunehmen. Diese Motivation könnte die Ergebnisse beeinflusst haben. Auch in der Studie von Shepherd et al. (2018) haben die Forschenden kaum Kontakt zu den Teilnehmenden und die Art der Erhebung und die Verbindung zur Forschungsfrage erscheint logisch. Dadurch, dass die Bedingungen bei der Beantwortung des Fragebogens nicht für alle gleich sind, ist die Objektivität leicht eingeschränkt.

Reliabilität

Wie erwähnt ist der Fragebogen bei Hsieh et al. (2019) schon zuvor angewendet worden, so zeigt sich dieser als reliabel und eine Wiederholbarkeit von anderen Forschenden wäre möglich. Bezüglich der Stichprobe ist die Reliabilität eingeschränkt, da die Stichprobengrösse nicht berechnet wurde, sowie die Zusammensetzung der Umfrage unbekannt ist. Es werden nur ausgewählte Fragen des erprobten Bogens benutzt, aber nicht begründet warum. Die Reliabilität bei Izumi et al. (2019) ist darin eingeschränkt, dass nicht klar hervorgeht, wie intensiv sich die einzelnen Pflegefachpersonen nach der Schulung für ACP einsetzten. Die Reproduzierbarkeit ist somit nicht gegeben, da andere Probanden und Probandinnen andere Ergebnisse erbringen könnten. Die Reliabilität der Studie von Chan et al. (2018) ist in vielen Aspekten gegeben. Die Messinstrumente werden als reliabel bezeichnet und die meisten werden mit Quellen hinterlegt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden ist mehrheitlich beschrieben, die Pflegefachperson wurden geschult und die Intervention wurde auf Einheitlichkeit geprüft. Aus der Beschreibung ist schwierig zu erkennen, wer genau die Intervention durchführt. Laut Text ist es nur eine Person eines Spitals, wodurch auch die externe Validität eingeschränkt ist. Der Fragebogen von Singh-Carlson et al. (2020) ist genau beschrieben, aber die Erhebung der demografischen Daten wird im Methodenteil nicht erwähnt. Ausserdem wird das Studiendesign nicht genau geschildert und es handelt sich um eine relativ kleine Stichprobe (88 Personen repräsentativ für die ganze USA). Die Datenanalyse ist nicht durchgehend nachvollziehbar, aber dafür wurden einige Kriterien in der Analyse sorgfältig

beachtet. In der Studie von Rietze et al. (2018) findet das Ausfüllen des Fragebogens in keinem kontrollierten Setting statt und die Auswertung der qualitativen Daten ist nur kurz beschrieben und bei den Ergebnissen nicht klar abgegrenzt. Ausserdem ist nur ein Einschlusskriterium vorhanden. In der Studie von Shepherd et al. (2018) wirken die Messinstrumente reliabel, da sie im Vorhinein ausgehend entwickelt und überarbeitet wurden und die Datenanalyse ist klar beschrieben. Doch durch die unklare Stichprobenziehung ist die Wiederdurchführbarkeit eingeschränkt und die Ergebnisse lassen sich nur auf städtische Krankenhäuser übertragen.

Validität

Bei Hsieh et al. (2019) konnte die Zielsetzung durch die erhobenen Ergebnisse erreicht werden. Das Studiendesign und der valide Fragebogen steuern zur Validität bei, da ein passendes Datenerhebungsverfahren für die Fragestellung ausgewählt wurde. Somit ist gemessen worden, was gemessen werden sollte und die Validität ist gegeben. Bei Izumi et al. (2019) ist die Validität des Fragebogens nicht überprüft, er basiert aber auf aktueller Literatur und wurde von den Forschenden spezifisch entwickelt. Zusätzlich zu den quantitativen Daten wurden noch qualitative Interviews durchgeführt. Die Validität dieser ist eingeschränkt. Da die Studie nur auf einer Abteilung durchgeführt wurde, ist die externe Validität ebenfalls eingeschränkt. Es wurde ein direktes Wirkungsfeld mit der Schulung untersucht, wodurch das Potenzial von Schulungen aufgezeigt und der Praxisbezug für die Pflege hergestellt werden konnte. Bei Chan et al. (2018) handelt es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie mit Blindung. Dieses Design trägt zu einer hohen Validität bei. Die innere Validität ist durch die genaue Durchführung der Datenerhebung gewährleistet. Die externe Validität ist geschwächt, da nur ein Spital untersucht wird. In der Studie von Singh-Carlson et al. (2020) ist unbekannt, ob der Fragebogen validiert ist, da er zwar mit Quellen untermauert wird, in diesen er aber, soweit beurteilbar, nur angewendet und nicht überprüft wird. Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse wurden im Resultateteil schlecht verknüpft. Rietze et al. (2018) haben ihren Fragebogen als valide eingeschätzt, da er von sieben Fachpersonen kontrolliert wurde. Die Datenanalyse ist nur knapp beschrieben und wirkt ungenau, was zu einem unübersichtlichen Ergebnisteil führt. Der Aufbau der Methode wirkt dennoch durchdacht und deshalb wurde die Studie miteingeschlossen. Wie bereits erwähnt, ist in Shepherd et al. (2018) die Stichprobenziehung und -grösse nicht nachvollziehbar. Für die Validität der Datenanalyse wurden mehrere Voraussetzungen geprüft. Die Stichprobe wurde mit der

Population verglichen und die Anwendung der Regressionsanalyse wurde überprüft. Die Forschungsfragen konnten beantwortet werden.

Durch die kritische Analyse wurden bei jeder quantitativen Studie Kritikpunkte angebracht. Insgesamt wurden aber alle Studien als valide beurteilt und haben diese Arbeit bereichert.

4.5 Limitationen und weiterführende Forschungsfragen

Diese Arbeit weist verschiedenen Limitationen auf, welche in diesem Kapitel kritisch beleuchtet werden. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit war es nicht möglich, eine vollumfängliche Datenrecherche durchzuführen und alle möglichen Studien einzubeziehen. Dies hätte den Umfang gesprengt. Aus diesem Grund kann es sein, dass wichtige Informationen zur Beleuchtung des Themas nicht vorhanden oder in Relation zur Wirklichkeit weniger oder zu stark gewichtet sind. Es wurden aber qualitative wie auch quantitative Studien ausgewertet und somit das Erleben sowie quantitative Parameter berücksichtigt. Durch den Einschluss von internationalen Studien wurde versucht, eine breite Sichtweise auf das Thema zu erlangen. Somit können nicht alle Ergebnisse direkt auf die Schweiz übertragen werden. Die einzelnen angewendeten ACP-Konzepte wurden nicht verglichen und somit können die Ergebnisse nicht diesbezüglich interpretiert werden. Ebenfalls wurde nicht auf die unterschiedlichen Ausbildungspfade zur Pflegefachperson in den Ländern eingegangen, sondern generell von der Pflegefachperson in der Schweiz gesprochen. Die Studien an sich weisen Limitationen auf, welche im Kapitel 4.4 aufgezeigt werden. Das grosse Interesse der Autorinnen und ihr eigenes Engagement im ACP bildeten die Motivation für das Verfassen dieser Arbeit. Das hat zu einer tiefgründigen Auseinandersetzung mit dem Thema geführt, worin aber hauptsächlich auf die Vorteile fokussiert wurde.

Die Analyse der Studien kann als Stärke bezeichnet werden. Die verwendeten Ergebnisse wurden als wissenschaftlich aussagekräftig beurteilt. Durch die Vernetzung der Ergebnisse der neun Studien entstand eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Fragestellung. Es wurde darauf geachtet, dass die verwendete Literatur inklusive der Studien aktuell ist. Zusätzlich weist das Thema an sich eine hohe Aktualität auf. Durch die Corona-Pandemie wurden Themen wie das Lebensende, Krankheit und die Patientenverfügung in der Gesellschaft von einem neuen Blickwinkel beleuchtet.

Aus den Ergebnissen und der Diskussion lassen sich weiterführende Fragestellungen ableiten. Wie kann ACP in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen grossflächig bekannt gemacht werden? Wie könnten ein nationales Schulungsprogramm und die Rollenvermittlung aussehen und lanciert werden? Wie können die noch hinderlichen Faktoren Zeit und Dokumentation nachhaltig überwunden werden? In der Schweiz bleibt zudem die Diskussion um die Abrechnung der Leistungen bestehen.

4.6 Schlussfolgerung

Anhand der neun Studien konnte aufgezeigt werden, welche entscheidende Rolle Pflegefachpersonen im ACP-Prozess einnehmen können. Es wurde zudem klar, dass ACP eine Thematik ist, mit welcher sich das gesamte Gesundheitssystem beschäftigen sollte. Nach der Auseinandersetzung mit der Studienlage wurde festgestellt, dass die Bekanntheit und der Umsetzungsgrad in den verschiedenen Ländern variiert. In manchen ist ACP erst ein aufkommendes Konzept, in anderen bereits ein fester Bestandteil. Die Arbeit zeigt vorhandene Hindernisse auf, welche vermutlich noch längere Zeit bleibende Herausforderungen darstellen werden. In mehreren Studien waren sich die Patienten und Patientinnen und die Fachpersonen einig, dass es keinen perfekten Zeitpunkt für die Auseinandersetzung mit den Behandlungswünschen bei einer Urteilsunfähigkeit und somit auch dem Lebensende gibt. Dies veranschaulicht das Zitat «It's always too early until it's too late» (Coors et al., 2015), welches von den Autorinnen als Titel festgelegt wurde. Die eigene Gesundheit wird oft als unantastbar und unumstösslich wahrgenommen, der Tod ist ein Tabuthema. Es ist ein Balanceakt zwischen der Vorausplanung und der Überforderung. Wenn die gesundheitliche Krise auftritt, kann es für eine ganzheitliche Vorausplanung zu spät sein. Deshalb ist ACP für das Gesundheitssystem ein interessantes Konzept. Fachpersonen können die Patienten und Patientinnen auf eine medizinische Vorsorge aufmerksam machen und sie darin unterstützen. Welche Rahmenbedingungen dafür nötig sind, wurde mehrfach beschrieben. Zudem erfordert ACP ein Umdenken der Gesellschaft von «so lange als möglich» zu «so gut als möglich» als Behandlungsziel. Dabei spielen nicht nur das politische Geschehen und die Edukation der Patienten und Patientinnen, welche Pflegefachpersonen durchführen, eine Rolle, sondern auch einschneidende Zeiten wie die der Corona-Pandemie. Neben den täglichen Informationen zu den Bekämpfungsstrategien wurden vermehrt über verschiedene Medien Dokumente zur Festlegung des letzten Willens vorgestellt. Vielleicht haben sich in diesem

Zusammenhang in der Pandemie mehr Personen über die eigene Endlichkeit und ihre Werte Gedanken gemacht. Das Thema ist hoch aktuell und auch wenn es nicht den perfekten Zeitpunkt für eine Vorausplanung gibt, kann sicher nie zu früh damit begonnen werden. Im Wandel der Professionalisierung der Pflegefachpersonen sollten sie ihre Rolle in der Vorausplanung wahrnehmen und dadurch eine personenzentrierte Pflege unterstützen.

Im Rahmen der Bachelorarbeit absolvierten die Autorinnen den ersten ACP-Kurs und konnten als ACP-Botschafterinnen erste Eindrücke des Konzeptes gewinnen. Es ermöglichte ihnen ein vertieftes Verständnis und eine breitere Auseinandersetzung mit diesem Thema. Durch das Schreiben der Arbeit wurden sie in ihrem Tun bestärkt und hoffen nun, in der Praxis dieses Wissen umsetzen zu können.

Danksagung

Wir bedanken uns bei unserer Betreuungsperson Frau Jutta Dreizler, welche unsere Fragen immer schnell und fachkundig beantwortet hat. In diesem Prozess gab sie uns Freiheit, Sicherheit und führte uns durch unsere erste wissenschaftliche Arbeit. Ein grosses Dankeschön widmen wir allen Vorableser und -leserinnen, welche uns mit wertvollen Denkanstössen bereichert haben. Abschliessend möchten wir unsere Dankbarkeit dafür ausdrücken, dass wir eine solch gute Bildung geniessen dürfen und die Zusammenarbeit im Team wie auch der respektvolle Umgang bei Meinungsverschiedenheiten so gut funktioniert hat.

Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.
- Blackwood, D. H., Walker, D., Mythen, M. G., Taylor, R. M. & Vindrola-Padros, C. (2019). Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23–24), 4276–4297. <https://doi.org/10.1111/jocn.15049>

- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A. & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000–1025. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2020). *Alterung der Bevölkerung*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/alterung.html>
- Burns, N. & Grove, S. K. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. Urban und Fischer.
- Chan, C. W. H., Ng, N. H. Y., Chan, H. Y. L., Wong, M. M. H. & Chow, K. M. (2019). A systematic review of the effects of advance care planning facilitators training programs. *BMC Health Services Research*, 19(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4192-0>
- Chan, H. Y.-L., Ng, J. S.-C., Chan, K.-S., Ko, P.-S., Leung, D. Y.-P., Chan, C. W.-H., Chan, L.-N., Lee, I. F.-K. & Lee, D. T.-F. (2018). Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.008>
- Coors, M., Jox, R. J. & in der Schmitt, J. (Hrsg.). (2015). *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung* (1. Aufl). Kohlhammer.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, B. R. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Haber, J. & LoBiondo-Wood, G. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. Urban & Fischer.

- Head, B. A., Song, M.-K., Wiencek, C., Nevidjon, B., Fraser, D. & Mazanec, P. (2018). Palliative Nursing Summit: Nurses Leading Change and Transforming Care: The Nurse's Role in Communication and Advance Care Planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(1), 23–29. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000406>
- Hsieh, C.-C., Huang, H.-P., Tung, T.-H., Chen, I.-C., Beaton, R. D. & Jane, S.-W. (2019). The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses. *BMC Palliative Care*, 18(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0483-9>
- Izumi, S. (2017). Advance Care Planning: The Nurse's Role. *The American Journal of Nursing*, 117(6), 56–61. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520255.65083.35>
- Izumi, S., Burt, M., Smith, J., McCord, K. & Fromme, E. K. (2019). Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit. *Oncology Nursing Forum*, 46(3), 288–287. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.288-297>
- Karzig-Roduner, I. (2020). *Advance Care Planning—Die Rolle von Pflegefachpersonen im ACP-Umsetzungsprozess*. Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit.
- Ke, L.-S., Huang, X., O'Connor, M. & Lee, S. (2015). Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24(15–16), 2057–2073. <https://doi.org/10.1111/jocn.12853>
- Krones, T., Budilivski, A., Karzig, I., Otto, T., Valeri, F., Biller-Andorno, N., Mitchell, C. & Loupatatzis, B. (2019). Advance care planning for the severely ill in the hospital: A randomized trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 0, 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001489>

- Krones, T., Loupatatzis, B. & Karzig-Roduner, I. (2018). *Fachinformation zur Patientenverfügung „plus“*. <https://www.acp-swiss.ch/deutsch/ueber-acp/dokumente/>
- Krones, T., & Obrist, M. (Hrsg.). (2020). *Wie ich behandelt werden will—Advance Care Planning*. Rüffer & Rub.
- Lally, K., Rochon, T., Roberts, N. & McCutcheon Adams, K. (2016). The “Conversation Nurse” Model: An Innovation to Increase Palliative Care Capacity. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(6), 556–563.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000294>
- Miller, H., Tan, J., Clayton, J. M., Meller, A., Hermiz, O., Zwar, N. & Rhee, J. (2019). Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 18(1), 25.
<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0411-z>
- Müller, B., Kühni, E. & Jürgen, G. (Hrsg.). (2019). Advance Care Planning. *Hogrefe*, 50(1), 1–64. <https://doi.org/10.1024/1662-9027/a000086>
- Pautex, S., Gamondi, C., Philippin, Y., Gremaud, G., Herrmann, F., Camartin, C. & Vayne-Bossert, P. (2018). Advance directives and end-of-life decisions in Switzerland: Role of patients, relatives and health professionals. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8(4), 475–484. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000730>
- Rietze, L., Heale, R., Roles, S. & Hill, L. (2018). Identifying the Factors Associated With Canadian Registered Nurses’ Engagement in Advance Care Planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 230–236.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000423>

- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rogers, J., Goldsmith, C., Sinclair, C. & Auret, K. (2019). The advance care planning nurse facilitator: Describing the role and identifying factors associated with successful implementation. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 564–569.
<https://doi.org/10.1071/PY19010>
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2013). *Übersicht heutige und altrechtliche Ausbildungen im Bereich des Gesundheitswesens*.
https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/karriere_in_pflege/2013_10_02_Uebersicht_neue_und_altrechtliche_Ausbildungen.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Hrsg.). (2009). *Forschung mit Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. SAMW.
<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Forschung-mit-Menschen.html>
- Shepherd, J., Waller, A., Sanson-Fisher, R., Clark, K. & Ball, J. (2018). Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 74–81.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.005>
- Singh-Carlson, S., Reynolds, G. L. & Wu, S. (2020). The Impact of Organizational Factors on Nurses' Knowledge, Perceptions, and Behaviors Around Advance Care Planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(4), 283–291.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000656>
- Vanderhaeghen, B., Bossuyt, I., Opdebeeck, S., Menten, J. & Rober, P. (2018). Toward Hospital Implementation of Advance Care Planning: Should Hospital Professionals

Be Involved? *Qualitative Health Research*, 28(3), 456–465.

<https://doi.org/10.1177/1049732317735834>

Wikipedia. (2021). *Registered Nurse*.

https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Registered_Nurse&oldid=211140507

ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur. (o. J.). *Fachinformation Gesundheit*. ZHAW

Hochschulbibliothek. Abgerufen 10. April 2021, von

<https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/>

Zusatzverzeichnisse

Tabelle 1 Keywords für die systematische Literaturrecherche	8
Tabelle 2 Zusammenfassung der Ergebnisstudien	13
Abbildung 1 Flowchart Rechschritte	9
Abbildung 2 Ein- und Ausschlusskriterien	11
Abbildung 3 Kreismodell der Rolle der Pflegefachperson im ACP	25

Wortzahl

Das Abstract beträgt 196 Wörter, der Text der Arbeit 10 760.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Miriam Fäsi

Nina Flasch



Winterthur, 05. Mai 2021

Nina Flasch und Miriam Fäsi

Anhang

Suchverläufe

Tabelle 1

Suchverläufe auf der Datenbank CINAHL Complete

Suchsyntax	Limits: Englisch oder Deutsch, 2012	Verblieben nach Titelbesichtigung	Verblieben nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
(MM «Advance Care Planning») AND (MH «Nurses +») AND role AND hospital	9	8	6	Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges. Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit. The advance care planning	Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit. The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation. Knowledge of, and

Suchsyntax	Limits: Englisch oder Deutsch, 2012	Verblieben nach Titelbesichtigung	Verblieben nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
				nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.	participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.
				Implementing Advance Care Planning in Acute Hospitals: Leading the Transformation of Norms.	The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses.
				Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.	
				The exploration of the knowledge, attitudes and	

Suchsyntax	Limits: Englisch oder Deutsch, 2012	Verblieben nach Titelbesichtigung	Verblieben nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
				practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses.	
Palliative nursing AND patients AND (acp or advance care planning) AND implementation AND hospital	21	7	1	The «Conversation Nurse» Model	-
(acp or advance care planning) AND (nurse or nurses or nursing) AND hospital AND implementation	39	11	6	Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges. Toward Hospital Implementation of Advance Care Planning: Should	The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.

Suchsyntax	Limits: Englisch oder Deutsch, 2012	Verblieben nach Titelbesichtigung	Verblieben nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
				Hospital Professionals Be Involved?	
				The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.	
				Implementing Advance Care Planning in Acute Hospitals: Leading the Transformation of Norms.	
				Helping hospital professionals to implement Advance Care Planning in daily practice: a European Delphi study from	

Suchsyntax	Limits: Englisch oder Deutsch, 2012	Verblieben nach Titelbesichtigung	Verblieben nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
				field experts.	
				The «Conversation Nurse» Model.	
Nurse* AND (acp or advance care planning) AND perception AND hospital	9	6	3	Toward Hospital Implementation of Advance Care Planning: Should Hospital Professionals Be Involved?	The Impact of Organizational Factors on Nurses' Knowledge, Perceptions, and Behaviors Around Advance Care Planning.
				The Impact of Organizational Factors on Nurses' Knowledge, Perceptions, and Behaviors Around Advance Care Planning.	Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.
				Knowledge of, and participation in, advance care	

Suchsyntax	Limits: Englisch oder Deutsch, 2012	Verblieben nach Titelbesichtigung	Verblieben nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
				planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.	

Tabelle 2

Suchverläufe auf der Datenbank Medline

Suchsyntax	Limits: Englisch, Deutsch, 2012	Einschluss nach Titelbesichtigung	Einschluss nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
Exp Advance Care Planning/ (Mesh) AND exp Nurse's role/ (Mesh) AND facilitator*	2	1	1	The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.	-
Exp Advance Care Planning/ (Mesh) AND exp Nurse's role/ (Mesh) AND perception*	2	1	1	A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting.	-
exp Nurse's role/ (Mesh) AND advance directives AND hospital	8	3	1	Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.	Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.

Suchsyntax	Limits: Englisch, Deutsch, 2012	Einschluss nach Titelbesichtigung	Einschluss nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
Advance care planning AND nurse* AND patients AND decision making	99	34	8	<p>Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study</p> <p>Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.</p> <p>Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges.</p> <p>Identifying the factors associated with canadian</p>	<p>Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study</p> <p>Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.</p> <p>Identifying the factors associated with canadian registered nurses' engagement in advance care planning.</p> <p>Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow</p>

Suchsyntax	Limits: Englisch, Deutsch, 2012	Einschluss nach Titelbesichtigung	Einschluss nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
				registered nurses' engagement in advance care planning.	Transplantation Unit. Effects of a nurse-led post- discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: A randomised controlled trial.
				Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.	
				Effects of a nurse-led post- discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: A randomised controlled trial.	
				Advance care planning uptake among patients with	

Suchsyntax	Limits: Englisch, Deutsch, 2012	Einschluss nach Titelbesichtigung	Einschluss nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
				severe lung disease: a randomised patient preference trial of a nurse- led, facilitated advance care planning intervention.	
				Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial.	

Tabelle 3

Suchverläufe auf der Datenbank PubMed

Suchsyntax	Limits: Englisch, Deutsch, 2012	Einschluss nach Titelbesichtigung	Einschluss nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
Implementing advance care planning AND acute setting	17	4	2	Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges Implementing Advance Care Planning in Acute Hospitals: Leading the Transformation of Norms	-
Development AND advance care planning programme AND implementing	92	4	0	-	-
Health professions AND advance care	23	10	5	Patient experiences of nurse-facilitated advance	Patient experiences of nurse- facilitated advance care

Suchsyntax	Limits: Englisch, Deutsch, 2012	Einschluss nach Titelbesichtigung	Einschluss nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
planning AND involved AND experience				care planning in a general practice setting: a qualitative study A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting A qualitative study of health care professionals' views and experiences of paediatric advance care planning	planning in a general practice setting: a qualitative study
Caregivers AND advance care planning	11	4	1	Toward Hospital Implementation of Advance	-

Suchsyntax	Limits: Englisch, Deutsch, 2012	Einschluss nach Titelbesichtigung	Einschluss nach Abstractbesichtigung	Volltextbesichtigung	Einschluss nach Volltextbesichtigung
AND involved AND hospital AND implement				Care Planning: Should Hospital Professionals Be Involved?	
ACP AND nurse's role AND perception	1	1	1	A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting	-

Komplette Zusammenfassung und Würdigung der Studien (AICAs)

The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation
(Rogers et al., 2019)

Zusammenfassung

Einleitung

Das Phänomen der Studie ist das ACP-Konzept mit einem Fokus auf der Implementierung, welche zu Beginn kurz beschrieben wird. Es wird mit verschiedenen Reviews aufgezeigt, dass es positive Auswirkungen auf viele Bereiche hat. Initiativen, ACP vermehrt umzusetzen, verfolgen oft den Ansatz eines ACP-Vermittlers und -Vermittlerin, professionelle Kapazitäten aufzubauen, um ACP eingliedern zu können oder Bewusstsein zu schaffen (mit verschiedenen Quellen dargelegt). Programme, die Wert auf Kommunikation und Dokumentation legten, zeigen den stärksten Erfolg in der Umsetzung. Die Forschenden äussern, dass es wenig Literatur zur Implementierung des ACP-Vermittler Modells in verschiedenen klinischen Settings gibt. Sie verweisen auf eine erfolgreiche Studie, in welcher zwei Pflegefachpersonen die Rolle des Vermittlers oder der Vermittlerin eingenommen haben. So hat die Studie zum Ziel, die Komponenten des ACP-Vermittler Modells, wobei es sich um Pflegefachpersonal handelt, deutlich zu machen und die Faktoren, die zu einer erfolgreichen Implementierung beitragen, zu identifizieren. Diese wollen sie in zwei klinischen Settings untersuchen. Es wird keine Forschungsfrage genannt.

Methode

Design: Es handelt sich um eine qualitative Studie mit semi-strukturierten Interviews. Da die Studie ein induktives Ziel anstrebt, kann dieses mit Interviews erreicht werden. Des Weiteren werden Prozessdaten zum Modell des ACP-Vermittlers oder der Vermittlerin von wahrscheinlich der vorangehenden Studie miteinbezogen.

Stichprobe: Population: Alle Pflegefachpersonen aus West Australien, Stichprobe: Gesundheitsfachpersonal, welches in einem städtischen tertiären Krankenhaus auf der Pneumologie und in einem ländlichen primären oder sekundären Setting im Westen von Australien arbeitet. Im ländlichen Setting wurden Hausarztpraxen, Pflegeheime und regionale Spitäler miteinbezogen. Sie mussten entweder direkt oder indirekt an der

Umsetzung von ACP beteiligt sein. Die Teilnehmenden wurden per E-Mail oder Telefon kontaktiert und mussten eine schriftliche Einverständniserklärung abgeben. Es wird nicht festgehalten, ob es sich um ein Non- oder Probability-sampling handelt. Es gibt nur eine Studiengruppe und die Auswahl wird nicht weiter begründet.

Datenerhebung: Es wurden semistrukturierte Interviews anhand eines Leitfadens von zwei Forschenden durchgeführt. Die beide waren unabhängig von der Intervention. Die Gesprächsrichtlinien fokussierten sich auf die generellen Erfahrungen und Gedanken zu ACP, Barrieren und Lösungen zu ACP. Im Verlauf der Studie wurde dieser an die ersten Ergebnisse angepasst. Zwei Fragen bezüglich der Charakteristik von ACP-Vermittlern und Vermittlerinnen und der Implementierung in der Primärversorgung wurden ergänzt. Die aufgezeichneten Gespräche wurden transkribiert und anonymisiert bevor es zu der Datenanalyse kam. Die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde als abgeschlossen angesehen, wenn die theoretische Sättigung erreicht war.

Methodologische Reflexion: Die Studie stützt sich auf der «Grounded Theory» (mit Quelle) und bedient sich der Vorgehensweise der Induktion, da durch die Interviews von dem Einzelnen auf das Gesamte geschlossen werden soll. Warum die «Grounded Theory» benutzt wird, wurde nicht erläutert.

Datenanalyse: Die verwendeten Daten aus der anderen Studie wurden abgeglichen und im Zusammenhang mit den Interviewantworten geprüft. Die qualitative Analyse der Interviews fand gleichzeitig zur Datensammlung statt, dabei wurde nach dem «line-by-line coding» vorgegangen und ein vergleichender Ansatz nach Corbin und Strauss angewendet. Die Interviewenden generierten Notizen zu den Gesprächen und diskutierten diese im Team. Ein Kontrollsystem wurde verwendet, um nachfolgende Veränderungen und aufkommende Theorien festzuhalten. Zur Qualität der Datenanalyse wird in der Studie nicht Stellung genommen.

Ethik: Es werden keine ethischen Fragen diskutiert oder Massnahmen dazu durchgeführt. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wird auf das Einverständnis zurückgeführt. Eine ethische Genehmigung wurde vom Sir Charles Gairdner Spital, dem Gesundheitsamt, der WA Country Gesundheitsdienstleistung und der Universität von West Australien eingeholt.

Ergebnisse

17 Gesundheitsfachpersonen, wobei vier direkt in der Implementierung von ACP involviert waren, wurden im Schnitt 34 Minuten interviewt. In Tabelle 1 werden die Charakteristiken der Partizipierenden aufgelistet.

Die Studie basiert auf dem RCT von Sinclair et al. (2017), in welcher die ACP-Umsetzer/Umsetzerinnen eingesetzt wurden. Im städtischen Krankenhaus wie auch im ländlichen wurde ACP von zwei «Nurse facilitators» vermittelt, eine Pflegefachperson spezialisiert auf Atemwegserkrankungen und die andere Pflegefachperson aus dem akuten und palliativen Setting. Beide sind erfahren in der Kommunikation mit Menschen mit einer schweren Erkrankung. Sie hatten Zugang zu den entsprechenden Daten und Abteilungen und erhielten einen eintägigen Kurs zu ACP. Es wurde ein Assessmentinstrument verwendet, um Personen mit einem hohen Mortalitätsrisiko in den nächsten 12 Monaten zu eruieren. Dieses beinhaltete generelle Indikatoren für eine schlechte Prognose (tiefe Leistungsfähigkeit), Trigger von Atemwegserkrankungen und die «Surprise Question» (mit Quellenangabe). Es wurde in elektronischen und physischen Gesundheitsakten, wie auch durch mündliche und schriftliche Empfehlungen nach Patienten und Patientinnen gesucht. Die ACP-Vermittler und Vermittlerinnen wurden angehalten, eng mit den Hausärzten und -Ärztinnen zusammen zu arbeiten und sie vor der Intervention um Erlaubnis zu fragen. Der behandelnde Arzt oder die Ärztin vermittelte den Kontakt zu den ACP-Beauftragten, welche die meisten Gespräche durchführten. Die Teilnehmenden wurden angehalten, Familienmitglieder zu involvieren. Die Intervention wurde 15 Monate im Spital, Praxen und Pflegeheimen durchgeführt. 149 Personen nahmen an der Studie teil, wovon 89 mindestens an einem ACP-Gespräch teilnahmen. Ein Teil der Personen war in der Kontrollgruppe (angepasstes RCT).

Aus den Interviews wurde Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung herausgefiltert.

1. Einfluss der Patienten und Patientinnen: Die Fachpersonen sollten ein Verständnis für die Gegebenheiten der Betroffenen haben und dass das Krankheitsstadium, Prognose, die Bereitschaft und kognitive/physische Ressourcen eine Rolle für die Teilnahme spielen. Als Barriere für den ACP-Prozess wird angesehen, wenn Patienten und Patientinnen in einer akuten Phase im Spital sind. Daher waren sich alle Teilnehmenden einig, dass nicht-akute Situationen wie zum Beispiel beim Hausarzt und Hausärztin gute Gelegenheiten für ACP darstellen würden (z.B. auch nach einer akuten Phase).

2. Einflussfaktoren des Gesundheitspersonals: Die Studie zeigt auf, dass eine vertrauensvolle Beziehung zu den Betroffenen, umfassendes Wissen bzgl. des Lebens und der sozialen Situation, Selbstsicherheit bei der Durchführung von ACP, genügend Zeit und das passende Setting ein besseres Ergebnis im Gespräch erzielen. Die Arbeit unterstreicht, dass Pflegefachpersonen in Arztpraxen und Hausärzte und -Ärztinnen mehr

Flexibilität in der Terminplanung und in der Aufrechterhaltung von kontinuierlichen Terminen haben.

3. Rolle der Pflegefachperson als Vermittler oder Vermittlerin: Aus den Interviews geht hervor, dass solche Pflegefachpersonen eine zentrale und vielseitige Rolle spielen. Die Rolle zeigt sich im Identifizieren der Patienten und Patientinnen, die Möglichkeit ACP den Ärzten und Ärztinnen aufzuzeigen, ACP-Gespräch durchzuführen, die Betroffenen und die Familie zu unterstützen und eine edukative Rolle gegenüber anderem Gesundheitspersonal einzunehmen (z.B. Dokumentation). Die Reputation des Vermittlers oder Vermittlerin war eine wichtige Komponente, damit die anderen Fachpersonen ihnen vertrauten und eine Zusammenarbeit entstehen konnte (Kommunikation!).

Aufgabenteilung: Hausarzt/Ärztin als Koordinierende und Pflegefachpersonen als Assistierende. Wenn die Ärzte und Ärztinnen ACP nicht unterstützten, wurde das als Barriere angesehen.

3. Beziehungen und Begegnungen: Die Studie zeigt, dass es Vertrauen und bedeutende Begegnungen braucht, um ACP zu implementieren. Die Teilnehmenden beschreiben Patienten und Patientinnen in akuten Phasen, Stress und zu wenig Zeit als Barrieren. In beiden Settings hatten die ACP-Beauftragten ausgewiesene Zeit, um Gespräche zu führen, gegensätzlich zum Arzt oder der Ärztin. Dies und die Betroffenen in ihrem bevorzugten Setting treffen zu können, trug dazu bei Schwierigkeiten zu bewältigen. Es wird noch einmal das Vertrauen der Ärzte und Ärztinnen betont, welches sie in die Pflegefachpersonen haben müssen, damit die Zusammenarbeit funktioniert. Ein Vorteil für eine vertrauensvolle Beziehung ist es, wenn die Pflegefachpersonen unter anderem Kommunikationsfähigkeiten, Erfahrung und Expertise haben. Das, die verfügbare Zeit und die Wahl des Settings sind die optimalen Voraussetzungen für die Implementierung von ACP.

Die Ergebnisse sind mit Zitaten untermauert und einer Grafik verdeutlicht die Rolle der ACP- Vermittler und Vermittlerinnen.

Diskussion

Die Forschenden sagen, dass die Studie die Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von ACP anhand der Vermittlung durch Pflegefachpersonen bei Patienten und Patientinnen mit Atemwegserkrankungen aufzeigt. Sie zeigen auf, dass diese Datenlage für Interessenten dazu anregend sein kann, einen ACP-Vermittler oder eine -Vermittlerin zu engagieren, um ACP in der eigenen Institution umzusetzen. Die wichtigsten Ergebnisse

werden nochmals erwähnt und mit anderen Studien untermauert: die Zusammenarbeit auf Vertrauensbasis, die Primärversorgung (z.B. Hausarztpraxen) als Setting und die Hausärzte und -Ärztinnen als Türöffner, welche die Betroffenen an die Pflegefachpersonen für weiterführende Gespräche weiterleiten. So konnte der erste Teil des zweiteiligen Zieles abgehandelt werden. Der zweite Teil der Zielsetzung wird ebenfalls ausführlich durch die Auflistung der vier Hauptthemen im Resultatteil beantwortet. Die Studie schlägt vor, das Modell im primären Gesundheitsbereich umzusetzen, um die ACP-Implementierung zu erhöhen. Ein Teil der Rolle der Pflege wäre die Identifikation von profitierenden Personen. Die Literatur ist sich einig, dass Hausarztpraxen eine wichtige koordinierende Rolle spielen, aber den Ärzten und Ärztinnen zu wenig Zeit bleibt, alle Schritte des Prozesses umzusetzen. So kann die Pflegefachperson die Gespräche übernehmen. Limitationen werden genannt.

Schlussfolgerung: Die Resultate zeigen, dass ACP-Vermittler und -Vermittlerinnen im medizinischen Grundversorgungssetting präsent sein sollten und dadurch das Aufkommen von ACP stärken sollen. Dabei sollen die Pflegefachpersonen den Hausarzt und -Ärztin unterstützen, Betroffene zu identifizieren, die Zeitknappheit zu überwinden und ein umfassenderes Verständnis für den Patienten und die Patientin zu erlangen. Es wurden keine zukünftigen Forschungsfragen beschrieben.

Würdigung

Einleitung

ACP und dessen Vermittlung wird in der Einleitung in seinen Kernelementen beschrieben. Das Ziel ist verständlich formuliert und trägt zur Beantwortung, welche Rolle die Pflege in diesem Prozess einnimmt, bei. Dies ist für Pflegefachpersonen wichtig, um Aufgaben im ACP-Prozess wahrnehmen zu können. Das Thema wird in der Einleitung von diverser Literatur unterstützt und die Studie baut auf einer bereits abgeschlossenen Studie auf. Dabei wird in der Einleitung erörtert, dass es wenig Literatur zum Einsatz von Pflegefachpersonen als ACP-Vermittler und Vermittlerinnen im klinischen Setting gibt und somit die Signifikanz diskutiert. Die Studie hat keine Forschungsfrage.

Methode

Design: Das gewählte induktive Vorgehen verdeutlicht die Verbindung zwischen Ziel und Design. Zusätzlich kann mit den Prozessdaten dem zweiten Teil der Fragestellung nachgegangen werden.

Stichprobe: Da die Personen einen Bezug zu dem Konzept haben müssen, ist die Rekrutierung angebracht. Da das Setting sehr breit gefasst ist, also auf dem Land wie auch in der Stadt, kann es auf die Population übertragen werden. Doch dass die Population nicht genau beschrieben wurde und verschiedenes Gesundheitsfachpersonal inkludiert ist, lässt die Übertragbarkeit wieder schrumpfen. Die Ergebnisse könnten auf Pflegefachpersonen mit verschiedenen Anstellungsgraden wie bedingt auch auf Ärzte und Ärztinnen übertragen werden. Das Setting und die Teilnehmenden sind unzureichend beschrieben, da man nicht genau weiss, in welchen Spitälern die Studie durchgeführt wird und Angaben zu den Personen fehlen (z.B Alter). Ob die Partizipierenden das Phänomen erleben oder nicht, hängt von ihrer Beziehung zu diesem ab, da sie entweder direkt oder indirekt in der ACP-Intervention mitwirken.

Datenerhebung: Bei den Interviews geht es um menschliches Erleben, da die subjektive Sicht der Teilnehmenden betreffend der ACP-Vermittlung erfasst wurde. Die einzelnen Schritte zur Datenerhebung werden in der Arbeit beschrieben und die Sättigung diskutiert (Quelle vorhanden). Es werden Prozessdaten genannt, aber welche das genau sind, die sie inkludieren und woher sie diese nehmen, ist nicht bekannt. Der Gesprächsleitfaden und die Notizen sind auf Anfrage einsehbar. Das vermittelt Transparenz. Die Durchführung der Interviews von den zwei unabhängigen Autoren und Autorinnen kann die Datenqualität beeinflussen, aber auch, dass zwei verschiedene Personen die Gespräche durchgeführt haben. So hat dennoch jeder eine eigene Gesprächsführung mit unbewussten Schwerpunkten, was zu unterschiedlichen Ergebnissen führen kann. Es ist auch nicht bekannt, in welchem Rahmen die Interviews stattfinden (über Telefon, face to face, bei den Betroffenen zu Hause, ect.). Wer die Interviews transkribiert hat, ist ebenfalls nicht bekannt. Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wurde nicht explizit beschrieben, da sie aber eine Einverständniserklärung abgeben mussten, kann davon ausgegangen werden, dass alle freiwillig mitmachten.

Methodologische Reflexion: Die Forschenden haben sie mit der Ontologie befasst, indem sie die Wirklichkeit erkannt haben, dass es zu wenig Literatur zu ihrem Thema gibt. Die Epistemologie konnte nicht umgesetzt werden, da sie sich nicht mit der Frage, wie das Wissen zustande kommt, befasst haben. Da die Arbeit aufzeigt, in welchem Setting die

Umsetzung auf wenig Barrieren trifft, thematisiert sie die Methodologie. Die Kongruenz von den drei Richtungen ist in grossen Teilen gegeben. Ob der passende methodologische Ansatz gewählt wurde, ist als Laie schwer zu beurteilen, aber die subjektive Sicht wurde befragt und andere zusätzliche Daten zum Rollenverständnis ausgearbeitet. Das induktive Vorgehen ist richtig gewählt, da sie mit den einzelnen Sichtweisen Allgemeinheiten herausarbeiten können.

Datenanalyse: Das Vorgehen der Forschenden in der Datenanalyse wirkt nachvollziehbar. Aufgrund von verschiedenen Referenzen ist die Analysemethode glaubhaft untermauert und die Schritte sind beschrieben. Durch das Diskutieren im Team, wird das Sichtfeld erweitert und es kommt zu reflektierten Ergebnissen. Analytische Entscheidungen wurden dokumentiert, sie können eingesehen werden. Dennoch ist der Analyseteil sehr kurzgehalten und man weiß nicht in welchem Rahmen und wie oft sich die Forschenden treffen.

Ethik: Es wurden keine spezifischen ethischen Fragen diskutiert. Um Objektivität zu gewährleisten, wurden zwei neutrale interviewende Personen herbeigezogen, welche dem Forschungsteam angehörten. Die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmern wurde nicht weiter vermerkt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind präzise dargestellt und die Überschriften stimmen mit den herausgearbeiteten Themen überein. Die vier Hauptthemen sind mit Zitaten verständlich dargelegt, sie geben einen Einblick in die subjektiven Wahrnehmungen und sie sind in sich logisch und wiederholen sich nicht. Nur beim letzten Thema (Vertrauen und Begegnungen) scheint der gewählte Titel nicht passend, da auch Barrieren behandelt werden. Die Ergebnisse spiegeln nicht alle Themen, auf welche sich die Gespräche fokussierten (im Methodenteil angesprochen), wider. So wird zwar im Kapitel «Faktoren der Gesundheitsfachpersonen» erwähnt, welche Fähigkeiten die Personen brauchen, aber keine Bemerkung gemacht, welcher Ausbildungsgrad am meisten Wissen mitbringen könnte. Die Charakteristik des ACP-Vermittlers oder -Vermittlerin wurde lückenhaft beschrieben. Dadurch, dass keine Pflegefachperson aus dem städtischen Segment vom primären und sekundären Setting vorhanden ist, spiegelt dies nicht die Realität und die Population wider und die Ergebnisse sind nicht so gut übertragbar (wird auch in den Limitationen genannt). Andere Themen wie die Umsetzung im primären Gesundheitssystem wurden ebenfalls analysiert. In Tabelle 1 werden die Charakteristiken

der Interviewten dargestellt, doch im Methodenteil wird nie die Erhebung dieser Daten erwähnt. So ist unklar, woher sie kommen. Sie scheinen auch etwas unvollständig, da nicht einmal das Alter angegeben wurde. In der ersten Darstellung wird die Rolle der ACP-Vermittler und -Vermittlerinnen mittels einer Flowchart dargestellt. Dies hilft zur Veranschaulichung des Prozesses. Die Erklärung der ACP-Intervention wirkt schlüssig und detailreich. Die «Surprise Question» wurde erwähnt, aber nicht weiter erklärt. Das wäre hilfreich für das Verständnis. Aus den Ergebnissen wurden kein Modell oder eine Theorie hergeleitet. Sie habe einfach eine Kategorie (Beziehungen und Begegnungen) als übergreifend dargestellt.

Diskussion

Im Diskussionsteil werden die wichtigsten Punkte nochmals wiederholt und in verständlichen Worten und strukturiert niedergeschrieben, was ein besseres Verständnis der ganzen Arbeit unterstützt. Wie in der Zusammenfassung aufgezeigt, kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden. Die Forschenden zeigen an bestehender Literatur die Gemeinsamkeiten auf und erwähnen, dass es noch keine Studie über die direkte Umsetzung von ACP in der primären Versorgung gibt. Die Studie veranschaulicht die Rolle der Pflege, indem die Wichtigkeit der Vertrauensbasis zu der Ärzteschaft erwähnt wird, welche die Pflegefachpersonen aufbauen können und es werden Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung herausgearbeitet. Daher hat die Studie eine grosse Bedeutung für den pflegerischen Kontext. Die Forschenden erwähnen in der Studie, dass Pflegefachpersonen die Rolle wahrnehmen können. Limitationen: Diese Studie erfragt nur die Wahrnehmung und das Empfinden des Gesundheitspersonals und daher können die Ergebnisse nicht auf andere Gruppen übertragen werden. Ausserdem können sie den relativen Effekt des Modells nicht mit anderen vergleichen, da sich die Ergebnisse nur auf das ACP-Vermittlungsmodell mit Pflegefachpersonen beziehen.

Schlussfolgerung: Die Schlussfolgerung gibt nochmals einen Vorschlag zur Umsetzung von ACP und bestärkt die positive Rolle der Pflege, indem sie sich auf die Befunde stützt. So werden abschliessend die Ergebnisse nochmals widerspiegelt.

Gütekriterien

Confirmability (Bestätigbarkeit): Diese Studie wurde von vier Forschenden durchgeführt, wobei zwei in den Interviewprozess involviert waren. Durch die Auflistung

der Limitation fand eine Selbstreflexion statt und die Daten wirken so, als wären sie transparent aufgelistet.

Dependability (Zuverlässigkeit): Die Datenanalyse wurden von keinem Gremium überprüft.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Diese Studie erreicht ihre Glaubwürdigkeit durch die Anwendung einer durchdachten Methode mit dem «line-by-line coding», der «Grounded Theory» mit einem induktiven Vorgehen und dem Vorgehen nach Corbin und Strauss (1990) im Analyseteil. Die stetige Auseinandersetzung mit den entstehenden Theorien bestärkt die Studie in ihrer Glaubwürdigkeit.

Transferability (Übertragbarkeit): Der Kontext wurde ausreichend beschrieben, aber die Stichproben zu wenig, da keine Auskunft über Alter, Erfahrungswert, etc gegeben wurde. Der Resultatteil wurde mit Zitaten geschmückt, so sind die Ergebnisse nachvollziehbar. Es ist möglich, den Sachverhalt für die Praxis zu reflektieren und die Resultate für die weiterführende Forschung zu verwenden.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study
(Miller et al., 2019)

Zusammenfassung

Einleitung

Es wird kurz der ACP-Prozess erklärt und Barrieren auf Seiten des Gesundheitspersonals wie auch der Patienten und Patientinnen genannt, welche bis anhin bei der Umsetzung im akuten Setting aufgetreten sind. Vorteile für die Patienten und Patientinnen und Familien werden aufgezählt. Dies wird mit anderen Studien untermauert. Phänomen: Es werden die unterschiedlichen Erfahrungen von Patienten und Patientinnen aus einer Hausarztpraxis, welche ein ACP-Gespräch mit einer Pflegefachperson hatten, gesammelt. Es werden Barrieren genannt, welche sich vor allem auf die Hausarztpraxen in Australien beziehen. General Practice Nurses (GPN) wirken begeistert von der Idee, sich im ACP-Prozess zu involvieren. So hat dieses Thema eine allgemeine Relevanz, indem man das Umsetzen von ACP in Einbezug von Pflegefachpersonen im Hausarzt Setting erforscht, da sich der Erfolg in anderen Umgebungen schon zementiert hat. Das Ziel dieser Studie ist es, durch einen qualitativen Ansatz, die Perspektive der Betroffenen bzgl. ACP zu erforschen, wenn Barrieren im Arztpraxen Setting minimiert wurden. Um den Barrieren entgegenwirken zu können, wurde eine Intervention in Form von Training und mit Unterstützung bei der Durchführung von ACP lanciert.

Methode

Design: Es handelt sich um einen qualitativen Ansatz mit semistrukturierten Interviews. Dies wird aber nicht weiter begründet.

Stichprobe: Setting: vier ausgewählte Hausarztpraxen im Osten von Sydney, die eine ausreichende Computerausstattung haben, drei bis acht Hausärzte und -ärztinnen unter einem Dach vereinigen, ein signifikant älteres Patientengut betreuen, generelles Interesse zeigen, eine GPN hatten, welche die Leitung übernehmen würde und noch keinen Ansatz zu ACP verfolgen. Es wurden Einladungen verschickt und Werbung für die Studie an einem ACP-Workshop gemacht. Nach der Einladung folgte eine Telefonkonsultation durch den Forschungsleitenden persönlich. Fünf freiwillige GPNs beteiligten sich an der Studie und bekamen eine eintägige Weiterbildung in ACP.

Population: Ältere Patienten und Patientinnen, welche regelmässige Konsultationen beim Hausarzt oder -ärztin haben. Stichprobe: Es handelt sich um Patienten und Patientinnen von den vier Hausarztpraxen, die, wenn sie nach Einschätzung von den GPNs von einem ACP-Gespräch profitieren könnten, auf zwei Arten rekrutiert wurden. Sie mussten mindestens 18 Jahre alt sein und eine Einverständniserklärung abgeben können. Mit diesen Kriterien wurde die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben, aber nicht begründet. Die Testpersonen wurde entweder bei einer Hausarztkonsultation zur Beteiligung angesprochen oder systematisch durch die «Surprise Question» und dem «Supportive and Palliative Care Indicator Tool» (SPICT) herausgefiltert und per Brief angeschrieben. In dieser Arbeit gibt es nur eine Studiengruppe, da kein Vergleich erforscht werden möchte, sondern ein persönliches Empfinden.

Weiterbildung der ausgewählten GPNS: Fünf GPNS, mit einer durchschnittlichen Arbeitserfahrung von sechs Jahren in der Hausarztpraxis, erhielten eine eintägige Schulung über ACP und deren Umsetzung. In dieser wurden die Themen ACP-Gespräch mit Patienten und Patientinnen mit Unterstützung eines Arbeitsbuches, Vorlagen der Patientenverfügung, Kommunikation am Ende des Lebens, Gesetzmässigkeit von ACP in New South Wales (NSW) und die Entschlossenheit von Entscheidungsträger angeschnitten. Zusätzlich wurde die Weiterbildung mit online Modulen ergänzt, welche Videos der Fortbildung und weitere Informationen enthielten. Die Themen der Weiterbildung wurden von Experten und Expertinnen entwickelt, ausserdem wurde noch eine prä-und-post -Umfrage durchgeführt, um den Wissensstand vergleichen zu können. Dieser Fragebogen wurde durch eine Forscherin unterstützt. Die Teilnehmenden erhielten noch eine kurze Session von einem Forschungsmitglied über möglich auftretende Probleme beim Abschliessen des ACP-Dokuments. Während der ganzen Studienphase stand den Teilnehmenden eine telefonische Unterstützung von einer geschulten Pflegefachperson in ACP zur Verfügung.

Intervention: Die Hausärzte und Hausärztinnen der Teilnehmenden haben ein dreiseitiges Dokument erstellt, welches von den Forschenden entwickelt wurde. Dies sollte dazu beitragen, dass Informationen über den Patienten und die Patientin wie Diagnose, Gesundheitszustand und Annahmen über den sozialen Kontext an die GPNs übermittelt werden. Sie führten, je nach Notwendigkeit der Betroffenen, verschieden oft ACP-Gespräche durch, dabei wurden die Betroffenen angehört, Familienmitglieder in den Prozess miteinzubeziehen. Ein ACP-Arbeitsbuch und Vorlagen zur Patientenverfügung (PV) wurden verwendet, um die Wünsche des Gesprächspartners oder der

Gesprächspartnerin festhalten zu können. Zum Schluss, vor allem wenn eine PV ausgestellt wurde, arrangierten die GPNs einen Termin beim zuständigen Arzt oder bei der zuständigen Ärztin, um das Formular unterzeichnen zu lassen.

Datenerhebung: Zuerst wurden demografische Daten und klinische Informationen, welche im Programm der Hausärzte und -Ärztinnen vorhanden waren, von den Teilnehmenden gesammelt. Anschliessend wurden einmalige im Schnitt 30-minütige Semi-strukturierte Telefoninterviews mit den Teilnehmenden von einer Forscherin durchgeführt. Sie hatte zuvor keinen Kontakt zu den Patienten und Patientinnen. Der Interviewinhalt thematisierte vorangegangene Erfahrungen mit ACP, den Blickwinkel auf die Intervention, die Ausführung der GPNs und ob die Teilnahme am ACP in irgendeiner Weise einen Einfluss auf die Familie hatte. Die Gespräche wurden per Audio aufgezeichnet und von einem unabhängigen Anbieter verbatim transkribiert. Eine Person beantwortete die Interviewfragen schriftlich.

Methodologische Reflexion: In dieser Arbeit wird der qualitative Ansatz nicht viel diskutiert. Es wird erwähnt, dass die demographischen Daten und die Basisinformationen mit deskriptiver Statistik analysiert werden.

Datenanalyse: Die demographischen Daten und Basisinformationen der Teilnehmenden wurden mit deskriptiver Statistik analysiert und alle Transkriptionen und die eine schriftliche Antwort in das Nvivo System importiert. Ein Forschender führte eine induktive thematische Analyse durch, gefolgt von einer Herausarbeitung von Themen und Konzepten. Ein initialer Codierungsbaum wurde entwickelt und mit einem unabhängigen, von einer weiteren Forschenden entwickelten, verglichen. Abweichende Codierungen wurden im Forschungsteam diskutiert. Die weiteren Transkripte wurden von den beiden genannten Forschenden gemeinsam codiert und sie suchten nach weiteren Themen. Die schlussendlichen Ergebnisse wurden wiederum im erweiterten Team diskutiert. Die Datensättigung galt als erreicht, als keine neuen Konzepte mehr aufkamen. Die Forschenden nehmen keine Stellung zur Qualität der Datenanalyse.

Ethik: Es werden keine ethischen Fragen diskutiert. Die Arbeit wurde vom «UNSW Human Research Ethics» Komitee geprüft.

Ergebnisse

Von 20 Personen, die ACP-Gespräche erhalten haben, nahmen 13 an den Interviews teil. Die Teilnehmenden waren zwischen 66 und 92 Jahre alt und zu 69 Prozent Frauen. Es kristallisierten sich sechs Hauptthemen heraus.

1. Durcharbeiten der Ideen: Die Patienten und Patientinnen fanden die interaktive Auseinandersetzung ihrer Vorstellungen/Ideen bzgl. «end-of-life care» mit der GPN als hilfreich. Die Pflegefachpersonen erleichterten eine Abwägung ihrer Werte und Prioritäten. Sie fühlten sich wohl und konnten Fragen stellen. Wie lange und tiefgründig ein Gespräch sein sollte, wurde von den Personen unterschiedlich wahrgenommen.
2. Therapeutische Beziehung mit den Pflegefachpersonen: Die Patienten und Patientinnen waren den Pflegefachpersonen der Hausarztpraxen positiv gestimmt. Sie schätzten ihr Wissen, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft und den Willen, objektiv Rat zu geben. Die Patienten und Patientinnen hatten das Gefühl, dass die Pflegefachpersonen teilweise zugänglicher als die Ärzte und Ärztinnen sind. Es wurde auch genannt, dass eine vorhandene Beziehung das Gespräch erleichtern kann.
3. Signifikanz des Bekanntmachens der Wünsche: Die Teilnehmenden schätzten es, aktiv bei ihren Entscheidungen mitbestimmen zu können und dass ihre Wünsche niedergeschrieben wurden. Sie hatten das Gefühl, dass es einen Mehrwert für ihre Familien hat. Die Patienten und Patientinnen reflektieren, dass es für Alleinstehende von Vorteil sein kann, das Gesundheitspersonal durch ACP bei Urteilsunfähigkeit auf den eigenen Willen aufmerksam machen zu können. Die Zeit für das ACP-Gespräch war für die meisten passend, doch den richtigen Zeitpunkt zu erwischen, sei nicht leicht.
4. Familie vor Belastungen schützen: Die Patienten und Patientinnen hatten das Gefühl, dass ACP ihre Familie vor Belastungen schützt. So können Unsicherheiten und Konflikte vermieden werden. Viele Teilnehmende empfanden es als unnötig, Familienmitglieder in die Gespräche zu involvieren. Die Weitergabe der Informationen würden sie selbst machen. Es gab Ausnahmen, die ihre Familie über ACP überhaupt nicht informierten auf Grund von zu hoher Belastung oder örtlicher Distanz.
5. Herausforderung der familiären Kommunikation: Über die Behandlungswünsche mit Familienmitgliedern zu reden, sehen die Patienten und Patientinnen als etwas separates zum ACP-Prozess an. Dabei variiert die Tiefe der Gespräche, sie stellten Kopien der Dokumente bereit und übergaben sie oder hatten das Gefühl, dass es nicht ihre Aufgabe ist, die Familie darüber aufzuklären. Im Gesamten fühlen sie sich bei Pflegefachpersonen wohl über ihre Endlichkeit zu reden. Gemachte Erfahrungen mit dem Tod von Familienmitgliedern hatten einen Einfluss auf die Offenheit bzgl. Gespräche über den Tod. Die Ergebnisse sind anhand eines Fliesstextes, der mit Zitaten geschmückt ist, aufgeführt.

Diskussion

Die Studie stellt wertvolle Perspektiven der Patienten und Patientinnen von ACP bei der Beteiligung von Pflegefachpersonen in Hausarztpraxen dar. Die Teilnehmenden sind dem ACP-Konzept im Hausarztsystem positiv gestimmt. Generell sehen sie Vorteile betreffend Unsicherheiten die Familie und sich selbst vor physischen oder kognitiven Beeinträchtigungen, aufgrund von lebensverlängernden Massnahmen, schützen zu können. Pflegefachpersonen spielen in diesem Prozess eine zentrale Rolle. Die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen hängt vor allem mit einer wertschätzenden Beziehung zusammen, nicht so sehr mit der professionellen Rolle. Die Teilnehmenden fühlen sich im Gespräch mit der GPN wohl und schätzten dieses Angebot. Mit diesen Daten konnte die Perspektive eruiert und somit die Forschungsfrage beantwortet werden. Es wurden Schwierigkeiten wie den richtigen Zeitpunkt finden, Kommunikation innerhalb der Familie und Einschluss eines Familienmitglieds bei den ACP-Gesprächen aufgezeigt. Im Diskussionsteil wird erörtert, dass Patienten und Patientinnen bevorzugt vom Gesundheitspersonal auf ACP angesprochen werden, sodass die Initiative beim Gegenüber liegt und nicht bei ihnen selbst. Kaum einer oder eine der Partizipierenden involvierten Familienmitglieder. Ein Erklärungsversuch der Forschenden ist, dass die Lokalisation einer Gemeinschaftspraxis ein Teilgrund sein könnte, da es ein Umfeld darstellt, indem die Tendenz vorliegt allein zu den Terminen zu gehen und Diskretion von Bedeutung ist. Manche Teilnehmenden hätten sich auch gewünscht, dass finanzielle, gesetzliche und spirituelle Aspekte angesprochen werden. Dies zeigt die Notwendigkeit ACP individuell zu adaptieren. Die Forschenden weisen im ganzen Diskussionsteil immer wieder auf bestehende Literatur hin, welche ähnliche Ergebnisse aufzeigt. Limitationen: Die Ergebnisse sind durch die spezifische Stichprobe geprägt, da es sich vor allem um Langzeitpatienten und -patientinnen und chronisch Erkrankte handelte, welche noch unabhängig und gesundheitlich stabil sind. So kann auf andere Altersgruppen und auf verschiedene Gesundheitszustände schwer zurück geschlossen werden.

Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, dass Pflegefachpersonen mit adäquatem Training ACP-Konversationen im Hausarztsystem durchführen können und dies viele Vorteile bringt. Weitere Unterstützungsangebote in der Kommunikation zwischen den Betroffenen und Angehörigen sind nötig, es wird von einem Zwei-Schritte-Prozess gesprochen. Die Forschenden schreiben selbst, dass eine grosse angelegte Studie mit mehr Aussagekraft unabdingbar ist, um die Ergebnisse zu verifizieren.

Würdigung

Einleitung

Diese Studie hat einen nahen Bezug zur Pflege. Das Thema und das Konzept ACP werden in ihren Kernpunkten kurz, aber klar erklärt. Es wird aufgezeigt, dass Patienten und Patientinnen, welche urteilsunfähig sind, limitierte Möglichkeiten haben, ihre Wünsche dem Gesundheitsfachpersonal zu übermitteln. In einer Umfrage von NSW ist hervorgegangen, dass Pflegefachpersonen in ACP-Gespräche involviert werden sollten. Darum kann von einer Relevanz für den Pflegeberuf gesprochen werden. Es wird aufgelistet, was sie mit dieser Studie berichten und was sie durchgeführt haben. Eine konkrete Ausformulierung der Ziele findet nicht statt. Die Wichtigkeit dieser Studie wird untermauert, indem es schon mehrere Arbeiten zu ACP im akuten Setting gibt, aber wenige über die Durchführung in Hausarztpraxen und diese Wissenslücke in Studien angesprochen wurde. Keine Forschungsfragen.

Methode

Es besteht ein sinnvoller Zusammenhang zwischen Forschungsfrage und Design, da mit den Interviews die subjektive Perspektive der Teilnehmenden eingefangen werden kann.

Stichprobe: Um den Effekt von ACP, durchgeführt von GPNs, zu zeigen, macht es Sinn, Patienten und Patientinnen bewusst zu wählen, welche auch von ACP profitieren können. Die spontane Variante der Stichprobenziehung macht diese übertragbarer auf die Bevölkerung, da ACP-Gespräche nicht für bestimmte Patientengruppen gemacht sind, sondern das Spektrum vom Gesunden bis zum Menschen mit einer chronischen Erkrankung reichen sollte. Es wird aber nicht genauer beschrieben, wie das bei den spontanen Anfragen beurteilt wurde. Das Kriterium der Volljährigkeit macht Sinn, da man so selbst über die Teilnahme bestimmen kann. Die «Surprise Question» und das SPICT-Tool bieten die Möglichkeit, den Auswahlprozess auf Personen zu lenken, welche in naher Zukunft von einem abgeschlossenen ACP-Gespräch profitieren könnten. Es kann aber sein, dass dadurch Personen angesprochen werden, die sich entweder schon zu schwach (psychisch wie auch physisch) fühlen oder ein solches Gespräch schon hatten. Im Methodenteil wird die Anzahl der Interviewten und die Charakteristiken nicht erwähnt, sodass man die Stichprobengrösse und ob sie repräsentativ ist, nicht gleich beurteilen kann. Man kann nur vermuten, dass der Anteil von Menschen auf Grund der Stichprobenziehung mit einem höheren Alter überwiegen wird, weil lebenslimitierende

Krankheiten zumeist mit ansteigendem Alter auftreten und Hausärzte und Hausärztinnen mit einem älteren Klientel ausgewählt worden sind. Diese Stichprobe repräsentiert somit nur Anteile der älteren Bevölkerung und kann auch nur auf diese übertragen werden. Das Setting und die Teilnehmenden sind ausreichend beschrieben, da zum Alter und Geschlecht auch noch die gesprochene Sprache, Zivilstand, die häufigsten Diagnosen und der durchschnittliche Besuch beim Hausarzt genannt werden. Die Teilnehmenden sind als Informanten für diese Studie geeignet, da sie von einem ACP-Gespräch in naher Zukunft profitieren könnten und sich durch ein womöglich fortgeschrittenes Alter oder Erfahrungen mit ihren Wünschen bezüglich des Sterbeprozesses auseinandergesetzt haben. Sie erleben das Phänomen, da persönlich mit ihnen ein ACP-Gespräch und anschliessend ein Interview geführt wird.

Datenerhebung: Bei dieser Arbeit geht es um persönliche Perspektiven und menschliches Erleben. Die Vorgehensweise der Interviews ist klar strukturiert. So wurden alle Partizipierenden angehalten, an den Interviews teil zu nehmen. Es wird erwähnt, dass der Interviewer keinen Bezug zu den Personen hatte und man kann durch übergeordnete Themen von einer gewissen Struktur im Gespräch ausgehen. Abweichungen bei der Beantwortung der Fragen werden genannt (schriftliche Beantwortung einer Person). Ob bei Unklarheiten bezüglich des Verständnisses vom Interviewenden her nachgefragt wurde, ist nicht bekannt. Es wird auch nicht darauf eingegangen, dass es zu falschen Aussagen hätte kommen können, die man in einem persönlichen Gespräch erkannt hätte auf Grund der mangelnden Kongruenz zwischen Mimik/Gestik und Gesprochenem (Telefoninterviews). Seitens der Pflege und der Patienten und Patientinnen herrschte Freiwilligkeit und ein Einverständnis an der Studie teilzunehmen. Die Arbeit wurde von einem Ethikkomitee geprüft. Datensättigung wurde erreicht, wenn keine neuen Konzepte bei der Datenanalyse hervorgegangen sind. Ob die Anzahl der Interviews ausreichend und die Inhalte genügend in die Tiefe gegangen sind, wurde nicht beschrieben.

Methodologische Reflexion: Der philosophische Hintergrund ist in der Forschungsarbeit nicht aufzufinden und daher schwer zu beurteilen. Das Vorgehen der Datenanalyse wird klar beschrieben, aber es wird keine Begründung abgegeben, warum eine induktive thematische Analyse angewendet wurde. Der Standpunkt der Forschenden wird nicht erwähnt und auch keine weitere Literatur zitiert. Die Forschenden haben sich mit der Wirklichkeit befasst, sie haben sich gefragt, was es für das Zustandekommen von Wissen braucht (Edukation und dann Durchführung beim Patienten oder der Patientin) und sie haben eine geeignete Methode angewendet (halbstrukturierte Interviews). So stimmt das

methodische Vorgehen mit der Forschungsfrage überein, da das subjektive Erleben mit Interviews sehr gut eruiert werden kann.

Datenanalyse: Die Datenanalyse ist nachvollziehbar und detailliert beschrieben. Das Vorgehen wird aber nicht mit einer Literaturangabe beschrieben. Dadurch, dass zwei Forschende unabhängig voneinander die ersten Interviews kodierten, wird die Glaubwürdigkeit erhöht. Differenzen werden im Forschungsteam diskutiert. Es ist nicht beschrieben, ob analytische Entscheidungen dokumentiert wurden.

Ethik: Es werden keine ethischen Aspekte diskutiert. Die Teilnahme ist freiwillig, was z.B. ethische Fragen, wie darf in die Privatsphäre eingedrungen werden, wegfallen lässt. Die Teilnehmenden geben ihre Zustimmung durch eine Unterschrift. Die forschungsleitende Person ist bei der Rekrutierung der Praxen involviert. Die interviewführende Person hatte zuvor keinen Kontakt zu den Teilnehmenden. Die Praxen werden für den Aufwand der GPN finanziell unterstützt. Das könnte zu einer falschen Motivation für die Teilnahme führen, oder aber auch allen, unabhängig von den finanziellen Mitteln, die Teilnahme ermöglichen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse bauen auf Interviews auf, welche in der Durchführung und den Inhalten seriös wirken und werden weitreichend ausgeführt. Die Ergebnisse dieser Arbeit haben eine präzise Bedeutung und die sechs herausgearbeiteten Kategorien werden mit Zitaten der Teilnehmenden untermauert. Im Text sticht hervor, dass nur fünf der sechs Kategorien als Unterkategorien vorhanden sind. Das Unterkapitel «Autonom in der Entscheidung zu sein» fehlt, wird aber in den anderen Kapiteln kurz angeschnitten. Die vier Bereiche, welche bei den Interviews abgefragt wurden, konnten durch die Erarbeitung der Hauptthemen untersucht werden. Zahlen oder Prozentangaben fehlen in dieser Studie. In gewissen Kategorien wiederholen sich die Themen wie Vorteile für die Familie. Die Kategorien sind in sich dennoch konsistent. Die Überschneidungen zeigen die Wichtigkeit der Themen auf. Das Phänomen von ACP und die ganze Sicht der Patienten und Patientinnen konnte erfasst werden. Es wurden keine Modelle entwickelt.

Diskussion

Der Diskussionsteil leistet einen Beitrag zum besseren Verstehen der Ergebnisse. So wird nochmals die Beantwortung der Forschungsfrage verdeutlicht, zentrale Ergebnisse zusammengefasst und verständlich formuliert. Die Resultate werden mit vorhandener

Literatur verglichen und Unterschiede wie Gemeinsamkeiten aufgegriffen. Es werden nur einzelne eigene Erklärungen abgegeben und wenig Umsetzungsvorschläge gemacht. Die Ergebnisse stellen eine Relevanz für die Pflege dar, trotz der eingeschränkten Stichprobe. Die Bedeutung für die Pflege wird ausreichend diskutiert. So wird aufgezeigt, dass Patienten und Patientinnen mit Pflegefachpersonen über die Fragen des Lebensendes offen reden können. Sie zeigen sich auch als Ansprechperson für Fragen bezüglich psychosozialen Problemen. Die Limitationen werden kurzgehalten und sind sehr auf einen Punkt fixiert.

Schlussfolgerung: Die Schlussfolgerungen bieten nochmals den Rahmen an, sich für die Beteiligung der Pflege in diesem Prozess stark zu machen, da sie die Ergebnisse der Studie widerspiegeln.

Gütekriterien

Confirmability (Bestätigbarkeit): Es wurde eine Person ohne vorherigen Kontakt zur Durchführung der Interviews beigeht, um die Neutralität zwischen Teilnehmenden und Interviewer zu gewährleisten. Es wurden verschiedene Codes, um Themen herauszufiltern, erstellt, doch die Ergebnisse wurden nicht verifiziert. Die Auditinhalte und der -Prozess wurden nicht detailliert beschrieben. Im Diskussionsteil fand eine Selbstreflexion mit Limitationen statt.

Dependability (Zuverlässigkeit): Die Interviews wurden aufgezeichnet, wie und ob sie zeitnah transkribiert und analysiert wurden, ist in der Studie nicht festgehalten. Auftauchende Themen wurden im Team diskutiert, aber von keinem externen Gremium geprüft.

Credibility (Glaubwürdigkeit): In der Studie wurden Unterschiede bezüglich der Ergebnisse diskutiert und somit hatte ein Peer-Debriefing stattgefunden. In der Arbeit gab es im Allgemeinen keine abweichenden Fälle, die diskutiert werden mussten. Diese Homogenität könnte die Glaubwürdigkeit beeinträchtigen.

Transferability (Übertragbarkeit): Der Kontext und die Stichprobe wurden sehr genau beschrieben und die Ergebnisse im Diskussionsteil mit weiterführender Literatur angereichert. Es wurden auch plausible Zitate eingefügt, um die Sachlage zu verdeutlichen. Die Stichprobe erweist sich als eher klein und spezifisch, konzentriert auf Menschen mit fortgeschrittenem Alter. Dennoch können die Grundzüge der Ergebnisse auf andere Kontexte übertragen werden, da breite Themen herausgefiltert wurden.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

Advance Care Planning – die Rolle von Pflegefachpersonen im ACP-Umsetzungsprozess (Karzig-Roduner, 2020)

Zusammenfassung

Einleitung

Das Ziel von ACP ist die systematische Erstellung und Beachtung von Patientenverfügungen, welche für Krisensituationen mit einer Urteilsunfähigkeit vorgesehen sind und eine Ergänzung zur aktuellen Behandlungsplanung darstellen. ACP in der Schweiz basiert auf älteren Programmen, welche vor 30 Jahren in den USA das erste Mal entwickelt wurden. Es gibt in der Schweiz Ausbildungsprogramme, an welchem auch Pflegefachpersonen teilnehmen. Die Rolle und Aufgabe der Pflege im ACP-Prozess ist aber noch unklar. Im theoretischen Hintergrund wird näher auf das Konzept, das Rahmenkonzept vom BAG und die Umsetzung eingegangen. In der Literatur werden die Aufgabe des interprofessionellen Teams diskutiert und der Fokus auf ACP-Beratende gelegt, aber nicht genauer auf die Rolle der Pflege eingegangen. Zudem wird die ACP-Weiterbildung in der Schweiz aufgeführt. Insgesamt haben in Zürich 59 Pflegefachpersonen die ACP-Beraterfortbildung besucht. Nur 25 Personen haben aber das Abschlusszertifikat erworben und vier davon haben mit der Beratungstätigkeit bereits wieder aufgehört. Daraus resultiert die Frage, inwieweit die Beratung in die erweiterte pflegerische Praxis integriert werden kann oder soll und welche Kompetenzen dafür nötig sind. In Deutschland und der Schweiz gibt es eine Forschungslücke bezüglich der Integration einer weitergebildeten Pflegefachperson im ACP-Prozess.

Ziel: die Rolle der Pflegefachpersonen bei der Umsetzung von ACP in ihrer Berufspraxis abbilden (mit dem Fokus auf das professionsspezifische Wissen und praktische Erfahrungen beim Transfer des ACP-Konzeptes in der Schweiz), Herausforderungen + hinderliche/förderliche Faktoren + Lösungsmöglichkeiten beschreiben, die Rolle durch Erkenntnisse entwickeln, Anforderungs- und Kompetenzrahmen und Empfehlungen für die Weiterbildung nennen.

Forschungsfrage: Wie erfolgt die Umsetzung von ACP nach Abschluss der Weiterbildung in der Praxis? In welcher Rolle und in welchem Rahmen bieten die Pflegefachpersonen Beratungen an, wie unterstützt sie die Institution und welche förderlichen/hinderlichen Faktoren gibt es?

Methode

Design und Stichprobe: Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign mit einem explorativen Vorgehen gewählt. Dazu wurden Einzelinterviews durchgeführt. Als Forschungsansatz wurde der Prozess einer thematischen Inhaltsanalyse gewählt, durch welche Beobachtungen und Vermutungen mit der Forschungsfrage und dem Design abgeglichen werden. Die Interviews wurden nach der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse bearbeitet, welche sich wegen der früh einsetzenden Kategorisierung als ideal erwies. Die Rekrutierung der Probanden und Probandinnen erfolgte über das Bildungszentrum des Universitätsspitals Zürich.

Primäre Einschlusskriterien

- Arbeiten in der Rolle als Pflegefachperson, Pflegeexperten oder APN
- Hatten ein Zertifikat als ACP-Beratende erworben

Diese Personen wurden per E-Mail von der Leiterin des Weiterbildungsprogrammes kontaktiert und um ihre Teilnahmebereitschaft gebeten. Die Auswahl sollte eine Gelegenheitsstichprobe darstellen.

Sekundäre Einschlusskriterien

- Seit dem Erwerb des Zertifikates mindestens sechs Monate in der Praxis tätig

Ausschlusskriterium

- Seit dem Erwerb des Zertifikates nicht mehr in der direkten Pflege mit Patientenkontakt gearbeitet

Insgesamt wurden sieben als Pflegefachpersonen angestellte ACP-Beratende, welche das Zertifikat zwischen 2016 und 2019 erhalten hatten, interviewt. Sie waren zwischen 36 und 58 Jahre alt und hatten alle mehr als zehn Jahre Berufserfahrung. Drei waren Fachexperten aus der Palliative Care oder Langzeitpflege, eine Pflegefachperson aus dem Spital, drei Pflegeexperten APN (eine aus der Hausarztpraxis, zwei aus der stationären Onkologie/Palliative Care). Alle führten Beratungen monatlich durch.

Datenerhebung: Für die Einzelinterviews wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden benutzt, welcher von der Autorin basierend auf der Literatur und den Erfahrungen zusammengestellt, von einer Pflegefachperson getestet und im Verlauf modifiziert wurde.

Die Autorin führte pro Person ein 45/60-minütiges Interview im Arbeitsumfeld durch. Die Interviews wurden für die verbatim Transkription aufgenommen.

Datenanalyse: Als erste Phase der Analyse galt die Transkription, die Daten wurden anonymisiert. Das weitere kodierende Vorgehen wurde nach der Inhaltsanalyse nach Kuckartz, welche Schritt für Schritt erklärt wird, durchgeführt. Es wurde Wert darauf gelegt, dass die Autorin sich von ihrer eigenen Rolle distanzieren konnte. Die ersten Hauptkategorien entstanden durch die Forschungsfragen und den Interviewleitfaden, sie wurden auch induktiv entwickelt sowie deduktiv aus dem theoretischen Rahmen der ACP-Implementierungsschritte hergeleitet. Schlussendlich entstand ein Kategoriensystem.

Ethik: Für die Studie liegt ein ethisches Gutachten der Universität Zürich vor. Die Teilnehmenden wurden ausführlich über die Studie und ihre Rechte als Probanden und Probandinnen informiert. Die Interviews wurden erst nach Unterschrift durchgeführt und bei der Transkription anonymisiert. Auch bei den Zitaten wurde auf eine Paraphrasierung geachtet. Ein Rollenkonflikt wird diskutiert, da die Autorin die Teilnehmenden persönlich kannte. Es bestand aber kein Ausbildungs- resp. Abhängigkeitsverhältnis.

Methodologische Reflexion: Die Güte des methodischen Vorgehens wird diskutiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind nach Themen geordnet und teilweise mit Zitaten untermauert. Zum Schluss sind die wichtigsten Punkte zur Umsetzung in einer Abbildung dargestellt.

Ausgangsbasis: ACP-Beratungsbedarf

- Grund für Ausbildung: eigene Motivation (unklares Behandlungsziel in Situationen der Urteilsunfähigkeit) oder Motivation von anderen, meistens Ärzten/Ärztinnen
- Es ist ein Beratungsbedarf in der Praxis vorhanden: Verantwortung der Pflegenden und Ärzte und Ärztinnen

ACP-Weiterbildung: Beratungskompetenz

- Voraussetzung/Kompetenzen: kommunikative Kompetenzen, Berufserfahrung, medizinisches Wissen, Lebenserfahrung -> deshalb die Weiterbildung
- Als ACP-Beratende muss man in eine andere Rolle schlüpfen (erlaubt die Zeit nicht immer und das Team bzw. die Patienten/Patientinnen können die Rolle nicht immer unterscheiden)

- Pflegefachpersonen sind geeignet, weil sie das Fachwissen haben und es auch in die Patientensprache übersetzen können
- Evidenzbasierte Entscheidungshilfen als Grundlage sind hilfreich
- ACP-Weiterbildung: ermöglicht bewusster zu kommunizieren, auf den Patientenwillen zu fokussieren
- Der Fachaustausch und das Üben erleichtern schlussendlich die Beratung
- Für längerfristige Lösungen: die Beratung in Rechnung stellen können (ist erst auf der Palliative Care und ambulant, wenn der Arzt/Ärztin dies verordnet, möglich)

ACP-Implementierung: Beratungsmöglichkeit

- Eine Pflegefachperson, welche Schicht arbeitet, kann keine Beratung durchführen
- Es bleibt keine Zeit, doch sie erkennen die Beratungsnotwendigkeit
- Auf den Stationen wird verlangt, dass vor Gesprächen zuerst die regulären Arbeiten erledigt werden
- APNs verfügen über die Arbeitsflexibilität
- Eine Voraussetzung für die Beratungen: Unterstützung durch die Vorgesetzten, am besten durch CEO
- Pilotprojekte
- Hürde: System für die Dokumentation, aufwändig mit Unterschriften und einscannen, Management der Schnittstellen: dass es vereinheitlichte Strukturen gibt (grosse Aufgabe!)

Patientenorientiertes ACP-Beratungsangebot

- Grundsätzlich sollte allen pflegeempfangenden Menschen eine ACP-Beratung angeboten werden, aber die Teilnahme ist freiwillig
- ACP-Beratung integriert im Pflegeprozess -> Anamnese -> das würde sicherstellen, dass es bei allen angesprochen wird
- Es erleichtert die Beratung, wenn man krankheitsspezifische Auskunft geben kann, also wenn man die Situation kennt und von diesem Fachgebiet kommt
- Vor einem Gespräch muss Urteilsfähigkeit des Patienten und der Patientin eingeschätzt werden -> das kann für die Pflegenden ungewohnt sein
- Im Spital sind die Patienten und Patientinnen oft schon zu krank für ein ACP-Gespräch
- In der Akutpflege den richtigen Zeitpunkt erwischen; nicht gleich nach einer Diagnose oder vor einer OP

- Schwierigkeit: den aktuellen kognitiven, körperlichen und psychischen Zustand einzuschätzen, Anpassung des Gespräches nötig
- Vorschlag: ACP eher im ambulanten statt stationären Bereich
- Positive Rückmeldungen von den Patienten und Patientinnen: Lebenseinstellung wird gehört, Abbildung der Behandlungserwartung
- ACP hat auch einen Einfluss auf die aktuelle Behandlung: es klärt die Patienten und Patientinnen auf

Zusammenarbeit: Kommunikation der ACP-Beratungen

- Es ist positiv, wenn der Arzt oder die Ärztin mit den Pflegenden das Gespräch mit den Betroffenen sucht
- Es haben sich noch nicht viele (Pflegende) mit ACP auseinandergesetzt, was die Zusammenarbeit im Team erschwert
- Im Team mit APNs ist es einfacher wegen ihren Kommunikationsfähigkeiten
- Hürde: hohe Personalfuktuation -> man beginnt immer wieder von vorne
- Vereinfachung: Kommunikation und Verschicken der Dokumente per E-mail zwischen den einzelnen Institutionen (Spitex/Arzt/Palliative Care Team/etc.) -> interprofessionelle Zusammenarbeit muss gefördert werden -> vereinfachte Schnittstellen
- Wichtigkeit für den Rettungsdienst -> Notfallplan
- Gewinn für das Gesundheitspersonal: offenere Haltung, Transparenz bezüglich des Therapieziels, Auflösung der Rollen von Pflege=Leidenslinderung, Ärzte=Lebensverlängerung
- Entlastung der Assistenzärzte/-ärztinnen durch die Pflege

Vision der ACP-Umsetzung in der pflegerischen Praxis

- Bestandteil der Ausbildung bei der Pflege und Ärzte und Ärztinnen
- Pflege: Betroffene aktiv ansprechen, Informationsflyer abgeben oder ihnen eine Beratung vermitteln
- Für eine gute Beratung braucht es eine spezifische Weiterbildung (nicht nur in der Grundausbildung)
- Interprofessionelle Herangehensweise -> Dokumente, die für alle Gesundheitsfachpersonen ersichtlich sind, dass übergreifend zusammengearbeitet werden kann, Fachaustausch unter den Beratenden
- Implementierung von der Institutionsleitung

- Ambulantes Setting: die Betroffenen nach einer Krise ansprechen, dann sind sie offener
- APN als beste Voraussetzung für ACP -> ideal wäre, wenn diese alle weitergebildet werden würden -> Basis im Bachelorstudium und Zertifikat im Masterstudium

Diskussion

Grundsätzlich beschrieben die Teilnehmenden, dass ACP von den Pflegenden umgesetzt werden kann und dass die gesundheitliche Vorausplanung der Patienten und Patientinnen ein Teil ihrer Verantwortung ist. Alle Pflegenden sollten das ACP-Konzept kennen und die ersten Schritte einleiten können: aktiv ansprechen, Patientenverfügung auslegen und validieren, Vertretungsberechtigung klären und eine Schnittstelle zu den ACP-Beratenden bilden. Die Forscherin macht dabei eine Verknüpfung zum kanadischen Rollenkonzept «CanMEDS». Als Grundlage dafür müsste ACP ein Teil der Ausbildung werden.

Vorschlag: praktisches Üben mit Schauspielern. Grundsätzlich sagen die Interviewten, dass die Rolle des Pflegeexperten/-expertin für die Durchführung des ACP-Konzeptes notwendig ist aufgrund der freieren Arbeitsplanung und höheren Fachkompetenz.

Es wird auf die vier Hauptkategorien der Abbildung aus dem Ergebnisteil eingegangen, welche als Kernpunkte beschrieben werden. Umsetzungsbereiche:

1. Institutioneller Bereich der Beratungsmöglichkeit: Trotz dem Rahmenkonzept vom BAG ist ACP noch lange nicht flächendeckend bekannt. Dafür braucht es ein Implementierungsauftrag durch die Institutionen und eine nationale Strategie.
2. Situativer Bereich eines patientenorientierten Beratungsangebotes: Die Teilnehmenden äussern den Wunsch, dass das ACP-Konzept an die situativen (kognitiver/physischer Zustand der Patienten/Patientinnen, etc.) Gegebenheiten angepasst werden kann und dass die Pflegeexperten/-expertinnen und ACP-Beratenden sich an der Konzeptentwicklung für ihren Tätigkeitsbereich beteiligen können. Zudem sollte die Implementierung vermehrt auf den ambulanten Bereich ausgerichtet werden.
3. Kommunikativer Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit: Die interprofessionelle Zusammenarbeit auf der ACP-Ebene ermöglicht laut den Aussagenden eine gemeinsame Ausrichtung auf die Umsetzung des Patientenwillens und eine Reduktion von Wertekonflikten zwischen den Professionen. Es sei eine Überlegung wert, ACP-Weiterbildungen im interprofessionellen Team anzubieten. ACP ist nicht nur in End-of-Life Situationen hilfreich.

4. Persönlicher Bereich der Beratungskompetenz: Die Pflegenden fühlen sich sicherer, in ihrem Fachgebiet zu beraten. Zusätzlich wünschen sie sich anhaltende Supervisionen für nach Abschluss der Weiterbildung. Eine Lösung: Vertiefungskurse oder Fachveranstaltungen. Die genaue Umsetzung ist aber noch nicht geklärt.

Von den Aussagen der Teilnehmenden leitet die Forscherin ab, dass die APNs eine Schlüsselrolle in der Umsetzung von ACP einnehmen könnten, da sie die «perfekten» Voraussetzungen und Skills mitbringen würden. Als Limitation wird noch einmal die persönliche Nähe der Forscherin zu den Teilnehmenden aufgegriffen und erläutert, was dagegen unternommen wurde. Als weitere Limitation wird genannt, dass die Interviews nur von einer Person (der Forscherin) geführt und codiert wurden. Die Stichprobe beschränkt sich auf den deutschsprachigen Teil der Schweiz und ist eher klein.

Implikationen für die Praxis und Ausbildung

- Die Pflegenden sollten beim Umsetzungsprozess in die Praxis eine aktive Rolle einnehmen
- Austausch mit den Ärzten und Ärztinnen
- Finanzierbarkeit auf gesundheitspolitischem Weg
- Das Projektmanagement kann von einer APN in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst übernommen werden
- Aus- und Weiterbildung im Bachelor und Master

Implikationen für die Forschung

- Die Auswirkung von ACP auf die pflegerische Kompetenz/Pflegeautonomie und moralische Resilienz
- Outcome für die Patienten und Patientinnen
- Inwiefern beeinflussen sich die Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und gelebten Umsetzungspraktiken

Würdigung

Einleitung

Die Studie behandelt ein pflegerelevantes Thema. In der Einleitung und dem theoretischen Hintergrund wird deutlich, was der Stand von ACP unter anderem auch in der Schweiz ist und wo Fragestellungen betreffend der Pflege und ihrer Rolle auftauchen. Das Ganze wird

mit vorhandener Literatur untermauert und strukturiert erklärt. Schlussendlich werden die Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit klar herauskristallisiert. An dieser Stelle muss vermerkt werden, dass es sich um eine noch nicht veröffentlichte und nicht verkürzte Masterarbeit handelt.

Methode

Da der Fokus der Arbeit direkt auf den Erfahrungen der Pflegefachpersonen beruht, ist ein qualitatives Design sinnvoll. Die Wahl wird auch dadurch begründet, dass der individuelle Erlebens- und Erfahrungskontext der Teilnehmenden die Basis bildet. Die verwendeten Analyseverfahren sind ebenfalls begründet. Die Zusammenstellung der Stichprobe und ihre Eigenschaften sind klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Population wird nicht explizit erwähnt, doch es handelt sich um Pflegefachpersonen, welche nach der ACP-Weiterbildung in der Schweiz in ihrem Berufssetting als Pflegefachpersonen Beratungsgespräche durchführen. Somit ist die Stichprobe sinnvoll gewählt und bei der Auswahl wurde auf eine Diversität geachtet, in dem nicht nur Personen von einer Institution gewählt wurden. Die Teilnehmenden sind mit dem zu untersuchenden Phänomen direkt verbunden. Die Stichprobengrösse wird nicht begründet. Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und wurde systematisch und bei allen Teilnehmenden gleich durchgeführt. Durch die Interviews konnten das menschliche Erleben und persönliche Erfahrungen abgeholt werden. Die Datensättigung wird nicht diskutiert. Die Datenanalyse wirkt sehr strukturiert und in die Tiefe gehend. Sie wird referenziert und genau beschrieben. Es wird erklärt, dass in einem ersten Schritt die Interviews mehrmals gelesen wurden, damit die Aussagen erfasst werden konnten. Danach arbeitete die Forscherin mit Memos, um erste Auswertungsideen festzuhalten und tauschte sich mit Kolleginnen aus, um die eigene Beeinflussung zu verhindern. Die Glaubwürdigkeit ist durch die Transparenz der Methodenbeschreibung begründet. Es werden mehrere ethische Aspekte betreffend der Studie aufgegriffen und Handlungen getroffen, um ethische Problemstellungen zu vermeiden.

Methodologische Reflexion: Die Forscherin ist in die ACP-Weiterbildung und ACP-Beratung involviert. Der explorative Ansatz macht dadurch Sinn, dass die Fragestellung in der Schweiz noch nicht erforscht wurde und erst einmal Daten gesammelt werden müssen. Die Fragestellung befasst sich mit der Wirklichkeit der Beratungssituation nach der ACP-Ausbildung. Die Befragten können durch das gewählte Studiendesign im offenen

Gespräch zu diesem Thema Auskunft geben, da sie die Ausbildung absolviert haben und ACP in der Praxis umsetzen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind anhand von sechs Kategorien mit jeweils null bis sieben Unterkategorien strukturiert. Die Kategorien reichen thematisch von der Ausgangssituation vor der ACP-Weiterbildung, über die ACP-Beratungskompetenz bis zur Implementierung und Vision. Durch diesen Aufbau führen die Ergebnisse schrittweise zur Beantwortung der Fragestellung. Sie sind sehr detailliert beschrieben und wirken umfangreich. Es scheint, als gäben sie das Gesagte der Teilnehmenden wieder, was auch durch die Zitate ersichtlich ist. Es ist nicht klar, wie viele Personen sich jeweils in einem Punkt einig waren (keine Zahlen) und somit kann auch nicht beurteilt werden, welche Ergebnisse besonders «signifikant» sind. Es sind Lösungsvorschläge der Interviewten miteinbezogen. In der Abbildung am Schluss werden die wichtigsten Punkte in einem Modell zusammengefasst, welches die Ergebnisse widerspiegelt. Das zu Untersuchende wird ganzheitlich betrachtet.

Diskussion

In der Diskussion wird die Abbildung, welche die Haupteckdaten aus dem Ergebnisteil darstellt, aufgegriffen. Dadurch ist eine strukturierte und fließende Weiterführung der Ergebnisse gewährleistet. Das erleichtert das Verständnis. Die Interpretationen sind praxisnah. Die Inhalte der Kategorien werden mit bereits vorhandenen Konzepten verglichen und erläutert. Die Pflege steht bei der Diskussion im Vordergrund. Da die Diskussion anders strukturiert ist als der Ergebnisteil, erweitert das die Sichtweise und die Diskussion führt zu einer Handlungskompetenz.

Es wird zu Beginn geschildert, dass die Pflegenden überzeugt sind, dass die Pflege bei der Umsetzung eine wichtige Rolle einnehmen sollte. Auf diese Rolle wird auch sehr ausführlich eingegangen. Die Hürden und Schwierigkeiten werden dabei nicht mehr gross berücksichtigt. Die Ergebnisse wurden laut der Forscherin mit Kollegen und Kolleginnen diskutiert, aber es ist nicht klar, ob auch ein Austausch in der Diskussion stattfand. Am Schluss sind die Forschungsfrage und das Ziel der Arbeit geklärt und erreicht. Im Vergleich zu anderen Studien legt diese Studie einen starken Fokus auf die Implementierung von ACP und die Rolle der Pflege und fokussiert sich weniger auf hinderliche und förderliche Faktoren.

Gütekriterien

Confirmability (Bestätigung)

- Die Interviews wurden von der Autorin der Studie durchgeführt.
- Der Leitfaden für die Interviews wurde von einer Pflegefachperson im Vorfeld getestet.
- Es fand ein Austausch mit Kolleginnen statt und es wurden Memos gemacht.
- Ansonsten werden keine Auditinhalte oder -Prozesse beschrieben.

Dependability (Zuverlässigkeit)

- Die Methode ist systematisch und nachvollziehbar beschrieben (induktive und deduktive Herleitung, Kodierung bis zum Kategoriensystem).
- Die Interviews wurden mehrfach von der Autorin bearbeitet und analysiert. Es fand aber kein Austausch in einem Forschungsteam statt.
- Keine zeitlichen Angaben, keine Diskussion im Forschungsteam. Der Interviewleitfaden wurde im Laufe angepasst.

Credibility (Glaubwürdigkeit)

- Wird in der Studie dadurch begründet, dass das ganze Verfahren von der Entwicklung des Leitfadens bis zu den Interpretationsschritten dokumentiert wurde.
- Es fand ein Austausch mit Kolleginnen statt. Ansonsten hat die Autorin selbstständig gearbeitet.
- Triangulation insofern, dass der Interviewleitfaden zusätzlich auf Erfahrungen der Autorin basiert.

Transferability (Übertragbarkeit)

- Die Ergebnisse sind sehr strukturiert und detailliert. Sinnvolle Zitate werden wiedergegeben.
- Die Teilnehmenden haben einen klaren Bezug zur Praxis in der Schweiz. Die Ergebnisse sind praxisnah und wirken umsetzbar bzw. relevant.
- Es wurde ein verständliches Modell von den Resultaten abgeleitet.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: a randomised controlled trial
(H. Y.-L. Chan et al., 2018)

Zusammenfassung

Einleitung

Vor der Einleitung steht, was bereits über das Thema der Studie bekannt ist und welche neuen Erkenntnisse diese Studie hervorbringen wird. Die Einleitung selber ist übersichtlich in Unterkapitel gegliedert. Der Begriff ACP wird definiert und der Stand der Forschung wird aufgezeigt. Die bisherige Studienlage betreffend ACP weist mehrere Mängel auf und sei nicht sehr aussagekräftig. Klar ist, dass bei der gesundheitlichen Vorsorge der Patient oder die Patientin und die Angehörigen miteinbezogen werden sollten, wofür ACP eine Grundlage bietet. Noch nicht vollständig geklärt ist, wer in der Praxis für das Einführen von ACP verantwortlich ist. Es gibt mehrere Quellen, die aus verschiedenen Gründen darauf hindeuten, dass Pflegefachpersonen in der guten Position sind, den ACP-Prozess umzusetzen. Es wird diskutiert, dass auch nicht ärztliche Dienste ACP initiieren können. Die Studie möchte deshalb aufzeigen, was für einen Effekt ein pflegegeleitetes ACP-Programm auf Therapiezielentscheidungen bei Patienten und Patientinnen am Lebensende hat. Die Hypothese ist, dass die Interventionsgruppe mehr Kongruenz bei Entscheidungen am Lebensende erlebt, es weniger Entscheidungskonflikte gibt und dass die Wünsche bezüglich pflegerischer Massnahmen am Lebensende eher dokumentiert sind. Das ACP-Programm, welches in dieser Studie verwendet wird, wurde von einem anderen Programm adaptiert und abgeändert. Es basiert auf dem personenzentrierten Ansatz und setzt sich aus drei Aspekten zusammen: Meine Geschichte, meine Perspektive und meine Wünsche. Die Angehörigen wurden aufgefordert, bei den Gesprächen dabei zu sein.

Methode

Design und Stichprobe: Es wurde eine randomisierte kontrollierte Studie mit zwei Gruppen mit wiederholten Messungen binnen knapp zwei Jahren durchgeführt. Als Population galten Patienten und Patientinnen mit einer bösartigen oder fortgeschrittenen chronischen Erkrankung. Sie wurden von acht medizinischen Abteilungen und einem Ambulatorium von einem Spital in Hong Kong rekrutiert. Zur Selektionshilfe wurde «The Nina Flasch und Miriam Fäsi

Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance (4th edition)» angewendet, welcher drei Merkmale abfragt: die «Surprise Question», generelle Indikatoren einer gesundheitlichen Verschlechterung und spezifische klinische Indikatoren für entweder Krebs, Organversagen oder Zerbrechlichkeit (frailty).

Einschlusskriterien:

- Eines der drei Merkmale der Selektionshilfe wird erfüllt
- Mindestens 18 Jahre alt
- Mental kompetent
- Beherrschen die kantonessische Sprache
- Leben Zuhause

Die zugelassenen Probanden und Probandinnen mussten eine Person aus der Familie/Verwandschaft/Partnerschaft (mind. 18 Jahre alt und mind. einen Kontakt zu der Person in den letzten drei Monaten) auswählen, welche in die Entscheidungen am Lebensende miteinbezogen wird.

Ausschlusskriterien:

- Keine Nominierung einer begleitenden Person möglich
- Dem palliativen Dienst zugeteilt
- Schon vor der Teilnahme eine Patientenverfügung ausgefüllt

Es wurde eine Mindeststichprobengrösse von 72 Personen in jeder Gruppe berechnet, ausgehend davon, dass nach sechs Monaten 30 Prozent der Interventionsgruppe und 10 Prozent der Kontrollgruppe Wünsche für die Pflege am Lebensende äussern (basierend auf zwei anderen Studien). Diese Anzahl würde ausreichen, damit ein zweiseitiger Qui-Quadrat Test aussagekräftig ist. Mit einer ästimateden Ausscheidungsrate von 35 Prozent sollten insgesamt 220 Personen rekrutiert werden.

Zwei Personen vom ärztlichen Dienst überprüften die Patienten und Patientinnen in einem ersten Durchlauf und leiteten die potenziellen Teilnehmenden an eine forschende Pflegefachperson weiter. Diese prüfte die Patienten und Patientinnen sowie die von ihnen auserwählte Person individuell und klärte sie über die Studie auf. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen der Studie fand durch eine mitarbeitende Forschungsperson randomisiert statt und wurde geheimgehalten. Alle weiteren Assessments fanden durch zwei Pflegefachpersonen von Angesicht zu Angesicht statt, welche ebenfalls nichts von der

Zuteilung wussten. Diese wurden betreffend der Anwendung der Fragebögen geschult, damit die innere Validität gewährleistet ist.

Intervention: Nach Austritt aus dem Spital wurden der Patient oder die Patientin in Anwesenheit der nominierten Person alle drei Wochen von einer ausgebildeten Pflegefachperson, welche das beschriebene ACP-Programm umsetzte, Zuhause besucht. Diese nahm zuvor an einer viertägigen Schulung teil und erhielt einen Leitfaden mit Entscheidungshilfen. Sie wurde bei ihren ersten fünf Patienten oder Patientinnen zusätzlich von der studienleitenden Person begleitet und erhielt Rückmeldungen und Coaching. Zusätzlich nahm diese Person an 20 zufällig ausgewählten Besuchen teil und kontrollierte die Einheitlichkeit der Interventionen.

1. Besuch: Die Probanden und Probandinnen wurden aufgefordert von ihren Erfahrungen mit Krankheit zu erzählen und erhielten eine Informationsbroschüre zu ACP.
2. Besuch: Die Probanden und Probandinnen reflektieren ihre persönlichen Werte und Überzeugungen basierend auf ihrer Lebenserfahrung.
3. Besuch: Die Probanden und Probandinnen setzten sich mit verschiedenen Komplikationen bei der Pflege am Lebensende auseinander und äusserten ihren Willen zu Therapieziel und Behandlungswünschen. Die Pflegenden schätzten zusätzlich ihre Bereitschaft ein, eine tiefgründige Diskussion über die Pflege am Lebensende zu führen. Schlussendlich fasste die Pflegefachperson alles zusammen und dokumentierte es. Sie klärte den Probanden oder die Probandin anschliessend über das Formular der Patientenverfügung auf und arrangierte einen Termin mit dem ärztlichen Dienst, wenn die Person diese ausfüllen wollte.

Auch die Kontrollgruppe erhielt alle drei Wochen einen Besuch einer Pflegefachperson im Stil einer routinemässigen Kontrolle, wo auch die Medikation überprüft wurde. Die nominierte Person sollte bei diesen Besuchen auch anwesend sein und es wurde ebenfalls die Infobroschüre zu ACP beim ersten Besuch abgegeben, es wurde aber nicht näher darauf eingegangen. Wenn die Personen aus der Kontrollgruppe nach einer Patientenverfügung fragten, gab die Pflegefachperson das Formular dazu ab und verwies sie an ihren zuständigen Arzt.

Datenerhebung: Zum einen wurde die Übereinstimmung der gewünschten Behandlungen am Lebensende vom Patienten oder von der Patientin und der Wünsche, welche die nominierte Person annahm, untersucht. Ebenfalls wurde die Konfliktgrösse betreffend Entscheidungsfindung am Lebensende und das Vorhandensein der Dokumentation der gewünschten Behandlungen am Lebensende gemessen. Die Datenerhebung fand zu drei

Zeitpunkten statt: bei der Einschreibung, ein Monat und sechs Monate nach der Einschreibung.

Bei der Einschreibung:

- demographische Daten
- Diagnosen, Komorbiditäten
- Physische Gesundheit: die Aktivitäten des täglichen Lebens wurden anhand von je acht Elementen der persönlichen und instrumentellen Aktivität gemessen. Die Elemente wurden auf einer drei-Punkte-Likert-Skala gemessen, wobei die Validität in einer Studie überprüft wurde.
- Der Charlson Comorbidity Index wurde verwendet, um die Belastung der Komorbiditäten zu beziffern. Dieser Index wurde für Langzeitstudien geprüft, das Datenniveau ist nicht bekannt (es hat eine Quelle).
- Ein Fragebogen zu den Präferenzen der Pflege am Lebensende: dieser umfasst drei lebensverlängernde Massnahmen mit drei Optionen und die Pflegeziele bei zwei Szenarien. Somit werden die Wünsche für die Behandlungen am Lebesende erfasst. Er wurde von Patienten und Patientinnen und der ausgewählten Person zum gleichen Zeitpunkt, aber separat ausgefüllt. Danach wurden die Ergebnisse verglichen. Es handelt sich dabei um ein nominales Datenniveau. Der Test wurde leicht abgeändert von seinem Ursprung (es hat eine Quelle).
- SURE Test: dieser umfasst vier Elemente und misst den Konflikt der Patienten und der Patientinnen in der Entscheidungsfindung. Die angegebene Quelle beschreibt den Test als reliabel und valide. Das Datenniveau ist nominal.
- Nach sechs Monaten wurde geschaut, ob bei den Teilnehmenden eine Dokumentation vom ärztlichen Dienst in den elektronischen Unterlagen in Form einer Patientenverfügung oder in Form von formulierten Therapiezielen für lebenserhaltende Massnahmen vorhanden war.

Datenanalyse: Anhand deskriptiver Statistik wurden die Charakteristiken, Ergebnisse und Ausfallquoten zusammengefasst. Die Wirksamkeit der Intervention wurde mit einem Vergleich zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe dargestellt. Der Chi-Quadrat und der unabhängige T-Test wurden angewendet, um die erhobenen Daten bei Eintritt in die Studie zu vergleichen. «Generalised estimating equation (GEE)» Modelle wurden

genutzt, um die Veränderung der Resultate zwischen den Gruppen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten zu erfassen. Das «intention-to-treat» Verfahren wurde berücksichtigt. Das heisst, dass auch die Ergebnisse der Dropouts soweit wie möglich berücksichtigt wurden.

Das Signifikanzlevel wurde bei $p < 0.05$ angesetzt.

Ethik: Die Zulassung der Studie wurde vom «Cluster Research Ethics» Komitee vom Spital geprüft. Die potenziellen Teilnehmenden und die nominierten Personen wurden über die Studie von einer Pflegefachperson individuell informiert und mussten eine Einverständniserklärung unterschreiben. Die Teilnehmenden konnten zu jedem Zeitpunkt aus der Studie ohne Konsequenzen zurücktreten (waren darüber informiert).

Ergebnisse

230 Paare (Patient/Patientin und nominierte Person) wurden nach dem Aufnahmeprozedere in die Studie aufgenommen. Einige demographische Daten sowie der Mittelwert des Charlson Comorbidity Index sind in Textform angegeben. Weitere demographische Daten, der Mittelwert der ADT-Staircase Skala sowie Unterschiede zwischen den Gruppen sind in der Tabelle 1 ersichtlich. Nur 12 von 460 Teilnehmenden haben schon von Patientenverfügungen gehört und 34 von 230 Patienten und Patientinnen haben mit Familienangehörigen schon einmal über Behandlungswünsche am Lebensende gesprochen. Im Laufe der Studie schieden 79 Paare aus verschiedenen Gründen aus der Studie aus. Die Gruppe der Ausgeschiedenen unterscheidet sich aber nicht signifikant vom Rest.

Nach einem Monat und sechs Monaten nach Studienbeginn waren sich in beiden Gruppen mehr Paare einig über die Behandlungswünsche des Patienten oder der Patientin am Lebensende. Nach sechs Monaten hatte die Interventionsgruppe eine grössere Zunahme an Übereinstimmungen als die Kontrollgruppe. Nach einem Monat gab es zwischen den Gruppen keinen signifikanten Unterschied. Der SURE-Test ergab, dass nach sechs Monaten die Patienten und Patientinnen der Interventionsgruppe sich sicherer fühlten in der Entscheidungsfindung. Ebenfalls nach sechs Monaten waren von den Personen in der Interventionsgruppe signifikant mehr Patientenverfügungen und Notfallpläne (Do-Not-Attempt-Cardiopulmonary-Resuscitation, DNACPR) dokumentiert.

Diskussion

Die Studie konnte zeigen, dass durch das vom Pflegepersonal geleitete ACP-Programm mehr Kongruenz zwischen den Wünschen der Patienten und Patientinnen bezüglich der Behandlung am Lebensende und dem, was die nominierten Personen aus der Familienumgebung annahmen, entstand. Wie in anderen Studien bereits gezeigt werden konnte, sprechen viele Betroffene nicht von sich aus über Situationen, welche am Lebensende eintreten könnten und über ihren Behandlungswunsch. Die Forschenden diskutieren, dass die Ergebnisse bezüglich der Übereinstimmung der Wünsche und die geringere Konfliktgrösse bei der Entscheidungsfindung nach sechs Monaten darauf hindeuten, dass geschultes Personal für die Umsetzung von ACP wirkungsvoll und nötig ist. Sie sprechen von geschulten «facilitators», also ACP-Umsetzer und Umsetzerinnen. Weiterführend stellen die Ergebnisse dar, dass bei chronisch Erkrankten solche Diskussionen genug früh stattfinden sollten, da eine gesundheitliche Verschlechterung und die damit fehlende Kraft für ein Gespräch plötzlich auftreten kann. Die Interventionsgruppe hatte schlussendlich mehr dokumentierte Patientenverfügungen als die Kontrollgruppe, doch verglichen mit anderen Studien trotzdem eine geringe Rate. Die Forschenden suchen dafür mehrere Gründe. In einem Unterkapitel werden Stärken und Schwächen der Studie aufgezeigt. Die Limitationen beziehen sich vor allem auf die Stichprobe, wobei die Datenanalyse als Stärke bezeichnet wird. Dass die Teilnahme nur als Paar mit einer vertretenden Person möglich war, stellte ein Hindernis bei der Rekrutierung dar. In der zukünftigen Forschung sollen Faktoren, welche die Bereitschaft für ACP beeinflussen sowie welche sozio-kulturellen Strukturen Einfluss nehmen und was für einen Effekt ACP auf die Ökonomie und Umsetzung der Pflege hat, untersucht werden.

Die beschriebenen Variablen wurden erhoben und das Forschungsziel durch deren Analyse erreicht. Die Studie hat keine Aussagekraft zu qualitativen Aspekten, also z.B. wie die Teilnehmenden die Gespräche wahrgenommen haben.

Implikationen für die Praxis: Eine Integration von ACP im primären Gesundheitssystem würde eine Pflege, die den Wünschen der Patienten und Patientinnen entspricht, systematisieren.

Würdigung

Einleitung

Die Einleitung ist sehr übersichtlich und gibt einen schnellen Eindruck zum Forschungsstand, zu Definitionen von Begriffen und was das Ziel der Studie ist. Die Aussagen sind auf empirische Literatur gestützt. Diese wird nicht diskutiert, aber verständlich beschrieben und sie stellt das Thema der Arbeit nachvollziehbar dar. Das Konzept, welches die Studie beschreibt, ist für diese Bachelorarbeit relevant, da es sich um die Umsetzung eines ACP-Programmes von Pflegefachpersonen handelt. Aus der Zielbeschreibung wird nicht klar, in welchem Setting die Studie durchgeführt wird. Neben dem Ziel der Studie sind drei Hypothese formuliert, aus welchen hervorgeht, dass zwei Studiengruppen verwendet werden, wie aus dem Titel bereits gelesen werden konnte.

Methode

Die Durchführung einer randomisierten kontrollierten Studie scheint bei dieser Fragestellung sinnvoll zu sein, da der Effekt eines ACP-Programmes im Vergleich zur routinemässigen Nachsorge getestet werden soll. In der Studie wird die Wahl des Designs aber nicht begründet. Die Zusammenstellung der Stichprobe ist ausführlich beschrieben, aber es ist nicht klar, von wo die Personenliste herkam. Zur Einschätzung der Probanden und Probandinnen wird ein Leitfaden zur prognostischen Voraussage angewendet. Es ist nicht klar, wer diese Selektionshilfe anwendet und was die «Surprise Question» ist. Die Population wurde sinnvoll gewählt, da in der Einleitung ACP als Programm für Personen mit chronisch fortschreitenden Erkrankungen definiert wird. Die Stichprobe selbst wird aber nur von einem Spital gezogen. Somit ist die externe Validität eingeschränkt. Die Stichprobe wird aber nachvollziehbar beschrieben und die Grösse wurde berechnet. Die Teilnehmenden wurden randomisiert auf die Gruppen aufgeteilt, so wie es das Design vorsieht und die Zuteilung blieb verborgen. Das trägt positiv zur internen Validität bei. Die Datenerhebung erfolgte zu drei Zeitpunkten durch verschiedene schriftliche Assessments, welche zur Beantwortung der Fragestellung beitragen. Einige demographische Daten wurden nur bei der Einschreibung erhoben, es ist aber im Methodenteil nur schwer nachvollziehbar, welche das sind. Aus dem Text kann verstanden werden, dass alle Assessments unter Anwesenheit von zwei geschulten (für die Interrater-Reliabilität) Pflegefachpersonen erhoben wurden. Es sind keine Angaben zu der Pflegefachperson vorhanden, welche die Intervention durchführt. Das verringert die interne Validität. Die

verwendeten Messinstrumente werden im Methodenteil kurz beschrieben und sie entspringen alle einer empirischen Quelle. Der SURE Test ist laut den Autoren und Autorinnen reliabel und valide, zu den anderen Assessments werden diesbezüglich keine Aussagen gemacht. Die ADL-Staircase Skala wird in der angegebenen Quelle auf Validierung geprüft. Dieses Assessment sei vor allem bei älteren Personen intern reliabel und valide

(https://journals.lww.com/intjrehabilres/Fulltext/2008/03000/The_ADL_staircase__further_validation.13.aspx). Der Charlson Comorbidity Index wurde in der zitierten Quelle für Langzeitstudien als valide eingestuft. Der Life-Support Preferences Questionnaire wurde für diese Studie heruntergebrochen. Das unabhängige Ausfüllen von diesem Fragebogen durch die Teilnehmenden und der auserwählten Person spricht für die interne Validität. Alle Methoden der Datenerhebung sind beschrieben, aber zum Teil nur knapp und nicht auf Anhieb verständlich. Die Intervention wird Schritt für Schritt erklärt. Die studienleitende Person ist bei fünf Gesprächen dabei. Dieser Eingriff in die Intervention wird nicht kritisch diskutiert. Der direkte Einfluss auf das Studiensetting könnte aber einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die Kontrollbesuche werden dadurch begründet, dass so die Einheitlichkeit der Interventionen sichergestellt ist. Die Kontrollgruppe erhält auch alle drei Wochen einen Besuch von der Pflege, damit laut der Studie kein «ascertainment bias» entsteht. Die Datenanalyse ist nur oberflächlich beschrieben. Es sind nicht alle Datenniveaus klar und es ist schwierig zu verstehen, bei welchen Umfragen nun welche Analysen angewendet wurden. Die Normalverteilung für den t-Test wird nicht geprüft. Wo möglich wurden die Daten der Dropouts berücksichtigt, was positiv ist. Die Studie wurde durch ein Ethikkomitee vom Spital zugelassen. Es scheint nicht so, als wäre die Studie von institutionellem Interesse geleitet. Es werden keine ethischen Fragestellungen diskutiert, doch ein Kapitel gibt Auskunft über die Rekrutierung der Probanden und Probandinnen, die Einverständniserklärung und die Anonymisierung der Randomisierung.

Ergebnisse

Es werden fast alle erhobenen Daten kurz präsentiert. Die Tabelle 1 mit den Charakteristiken ist ergänzend zum Text. Dessen Vollständigkeit kann nicht überprüft werden, weil nicht bekannt ist, welche demographischen Daten erhoben wurden. Auf die ADL-Staircase Skala wird im Text gar nicht eingegangen, weshalb diese Daten für den Lesenden schwierig zu interpretieren sind. Der Charlson Comorbidity Index kann ebenfalls nicht interpretiert werden, wenn man den Index nicht kennt, da in der Studie keine

Aussagen dazu gemacht werden. Bei diesen beiden Werten ist auch in der Tabelle 2 nicht klar, ob das nun eine Häufigkeit oder einen Mittelwert darstellt. Die Dropouts werden nachvollziehbar erwähnt und in einer Flowchart aufgezeigt. Die Zahl der Dropouts der Interventionsgruppe entspricht aber nicht der Zahl, die im Text steht. In der Tabelle 2 wird die Odds Ratio berechnet, welche aber in der Methode nie erwähnt wurde und auch im Text nicht aufgegriffen wird. Bei der Intervention wird beschrieben, dass die Pflegefachperson zum Schluss einschätzt, ob die Betroffenen für ein tiefgründiges Gespräch über Behandlungen am Lebensende bereit wären. Dazu sind keine Ergebnisse aufgelistet.

Aus der Tabelle 1 ist ersichtlich, dass sich die Kontroll- und Interventionsgruppe nur durch die Anzahl Verheirateten bei den nominierten Personen signifikant unterscheiden. Dieser Unterschied wurde aber bei den Analysen durch die GEE beachtet.

Diskussion

Insgesamt wurde mit der Studie das untersucht, was als Outcome definiert wurde und die Diskussion rundet den Inhalt verständlich ab. Die Hauptergebnisse werden aufgegriffen, zum Teil kritisch beurteilt und mit anderen Studien verglichen. Es werden unterschiedliche Erklärungen für ein paar Ergebnisse formuliert und Vorschläge für die Praxis gemacht. Als Stärke wird das methodische Vorgehen genannt. Dieses ist für den Leser und die Leserin aber sehr schwierig auf den ersten Anblick zu verstehen und es bleiben doch ein paar Aspekte unklar.

Die Intervention dieser Studie kann in einem anderen Setting umgesetzt werden, da sie auf einem ACP-Programm basiert, welches strukturiert, aber anpassbar ist.

Gütekriterien

Objektivität

- Die Teilnehmenden wurden randomisiert auf die Studiengruppen verteilt und die Zuteilung blieb verdeckt für die Pflegefachpersonen, welche die Assessments mit den Personen durchführten.
- Die Paare wurden separat über die Studie informiert und füllten die Assessments unabhängig voneinander aus.

- Die forschungsleitende Person war bei einigen Hausbesuchen dabei. Zum einen trug das zu einer einheitlichen Durchführung bei (Reliabilität), doch die Gespräche könnten dadurch beeinflusst worden sein.
- Die Forschenden haben einige Massnahmen angewendet, um die Objektivität zu gewährleisten.

Reliabilität

- Eine Pflegefachperson führt die Hausbesuche durch. Das führt zu einer einheitlichen Intervention. Es kann diskutiert werden, ob dadurch die Objektivität gewährleistet ist.
- Ein Messinstrument wurde von der Studie als reliabel bezeichnet. Die anderen Messinstrumente verfügen über eine Quelle, welche teilweise ihre Reliabilität bestätigt.
- Die Rekrutierung der Teilnehmenden ist mehrheitlich klar beschrieben.
- Die Pflegefachpersonen, welche für die Assessments zuständig waren, wurden geschult.
- Die Daten wurden nicht auf Normalverteilung geprüft.

Validität

- Das Studiendesign trägt positiv zur Validität bei.
- Die Stichprobengrösse ist berechnet.
- Die Messinstrumente wirken valide. Es fehlen aber in der Studie Informationen, um die Ergebnisse vollständig interpretieren zu können.
- Das verwendete ACP-Programm entstammt einem anderen Programm, welches bekannt ist.
- In den Limitationen werden einige mögliche Verzerrungen durch die Paar-Struktur der Studie diskutiert.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

Enhancing advance care planning conversations by nurses in a bone marrow transplantation unit
(Izumi et al., 2019)

Zusammenfassung

Einleitung

Die Studie erläutert in der Einleitung, dass ACP zu einer patientenzentrierten Pflege beisteuern kann. ACP kann zu jedem Zeitpunkt stattfinden, aber spätestens vor der Verschlimmerung einer Krankheit sollte der ACP-Prozess gestartet werden. Das Problem ist aber, dass es keine einheitlichen und klaren Richtlinien dafür gibt, wer für die Umsetzung von ACP verantwortlich ist. Die Pflegefachpersonen sind in der guten Position, um einen passenden Zeitpunkt für ein Standortgespräch zu erkennen und zu ergreifen. Der Aufgabenbereich muss aber noch geklärt werden. Die Studie hat im Rahmen eines Projektes zur Qualitätsverbesserung (Quality improvement project, QI) stattgefunden, welches vom Pflegepersonal einer Abteilung der Oregon Health and Science Universität vorgeschlagen wurde. Der Zweck der Studie ist, dass mehr Patienten und Patientinnen dadurch, dass das Pflegepersonal dementsprechend ausgebildet wird, eine ACP-Beratung erhalten. Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, wie sich eine ACP-Schulung auf das Wissen und Selbstvertrauen der Pflegenden betreffend ACP auswirkt und was hinderliche Faktoren bei der Durchführung sind.

Methode

Design und Stichprobe: Damit die Effektivität der Schulung gemessen werden kann, wurde eine Vor-/Nach-Erhebung mit einer Umfrage durchgeführt. Nach der zweiten Erhebung wurden Gruppeninterviews durchgeführt, um die Umsetzung durch die Pflege und die Barrieren zu analysieren. Das ganze Design fundiert in dem QI-Projekt, weshalb die Studie von einer Überprüfung befreit wurde. Als Population galten die 60 Pflegefachpersonen, welche zwischen Februar 2016 und Oktober 2016 auf der Knochenmarktransplantationsabteilung der Oregon Health and Science Universität in Portland arbeiteten. Es wurde keine Stichprobenziehung durchgeführt.

Datenerhebung: In einem vorausgehenden Assessment wurde erhoben, dass die Pflegenden dieser Abteilung sich sicher fühlen in der Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen, dass sie aber nicht genug über ACP wissen und welche Rolle sie dabei

zu übernehmen haben. Die Umfrage der Studie wurde vor der Schulungseinheit, unmittelbar danach und drei Monate später durchgeführt. Im Rahmen des QI-Projektes wurde bis 18 Monate nach der Intervention als Praxisparameter erhoben, wie viele der Patienten und Patientinnen eine Patientenverfügung haben, wenn sie die Abteilung wieder verlassen. Alle Partizipierenden wurden an die Gruppeninterviews, welche sechs Monate nach der Schulung stattfand, eingeladen. Es kamen zwei Gruppen mit jeweils vier Pflegenden zustande. Weil die Datenerhebung Veränderungen vor und nach der Intervention messen sollte, wurden keine psychometrischen Charakteristiken der Umfrage getestet.

Die Umfrage: Es wurden einmalig Daten zu Geschlecht, Ethnie und Anstellungsgrad erhoben und vor und nach der Intervention, ob das Personal selbst eine Patientenverfügung hat. Zehn Fragen mit einer Likert-Skala von null bis vier testeten, wie stark die Pflegenden auf ihr Wissen vertrauen, ACP-Aktivitäten durchzuführen. Eine weitere Frage war, wie oft sie Patienten und Patientinnen im ACP-Prozess unterstützen mit den Antwortmöglichkeiten von nie bis viel. Der letzte Teil der Umfrage beinhaltete zwölf mögliche Hindernisse, welche die ACP-Praxis behindern könnten, welche von den Teilnehmenden ausgewählt werden konnten. Die letzteren beiden Frageblöcke wurden nur zweimal, vor und drei Monate nach der Schulung, vorgelegt.

Intervention: Es wurde eine 30-minütige Schulung durchgeführt. Ein Pflegeforscher von der am Spital angegliederten Pflegeschule leitete die Schulung. Von der Studienleiterin und den Sozialarbeitenden der Station wurde das Schulungsmaterial entwickelt. Von der stationsleitenden Person wurden ein Leitfaden und eine Richtlinie zur Durchführung und Dokumentation von ACP verfasst. Als praktischer Teil wurde den Pflegenden eine Patientenverfügung zum selbst Ausfüllen abgegeben.

Datenanalyse: Deskriptive Statistik wurde angewendet, um die Resultate der zehn Fragen sowie zwölf Aussagen zu den Hindernissen zusammenzufassen. Die Daten der zehn Fragen und wie oft die Pflegenden im ACP-Prozess involviert waren, wurden mit dem Wilcoxon-Test analysiert. Die demographischen Daten sowie die zwölf Hindernisse weisen ein nominales Skalenniveau auf. Die Likert-Skala entspricht einem ordinalen Skalenniveau. Es wurde kein Signifikanzlevel festgelegt. Die Diskussion der Ergebnisse deutet aber darauf hin, dass das Signifikanzlevel bei mindestens $p < 0.05$ liegt. Zur Datenauswertung der Interviews wurden wiederholte Themen durch qualitativ deskriptive Analyse nach Sandelowski (2010) herausgearbeitet. Ergänzende Informationen von der Stationsleitung wurden miteinbezogen.

Unabhängige Variable: Schulung (Intervention)

Abhängige Variable: Das Verhalten der Pflegenden, ob ACP durchgeführt wird

Ethik: Es wurden keine ethischen Fragestellungen erwähnt oder diskutiert. Es fand keine Begutachtung durch eine Ethikkommission statt.

Ergebnisse

Die meisten Ergebnisse sind tabellarisch dargestellt und sie werden chronologisch im Text beschrieben. An der Schulung nahmen insgesamt 60 Pflegefachpersonen teil. Die Nacherhebung nach drei Monaten wurde mit den 42 verbliebenen Mitarbeitenden durchgeführt. Das Selbstvertrauen in das Wissen betreffend ACP unterscheidet sich vor und direkt nach der Schulung signifikant. Drei Monate später zeigt sich die Selbsteinschätzung in sechs Bereichen wieder schlechter. Nach der Schulung unterstützten mehr Pflegende Patienten und Patientinnen im ACP-Prozess, doch der Wilcoxon-Test ergibt kein signifikantes Ergebnis. Es wird geschildert, dass drei Monate nach der Intervention die Zahl der Patienten und Patientinnen, die beim Austritt eine Patientenverfügung haben, von 24 Prozent auf 35 Prozent stieg und nach 18 Monate sogar auf 50 Prozent. Mit zwölf Auswahlmöglichkeiten wurden Hindernisse bei der Durchführung von ACP erfragt. Daraus wurde ersichtlich, dass die Schulungseinheit dazu führte, dass sich das Pflegepersonal besser ausgebildet fühlt, um im ACP-Prozess Aufgaben zu übernehmen und sich besser mit den Unterlagen auskannte. Der Zeitfaktor und die Ablehnung von ACP durch die Patienten und Patientinnen wurde drei Monate nach der Schulung mehr gewichtet. Es kann aber davon ausgegangen werden und es wird in der Diskussion bestätigt, dass auch mehr Patienten und Patientinnen auf ACP angesprochen wurden. Aus den beiden Interviews geht ebenfalls hervor, dass Zeitmangel ein hemmender Faktor ist. Laut Aussage der Pflegefachpersonen wurden nicht alle Patienten und Patientinnen bei Eintritt nach einer Patientenverfügung gefragt. Die Pflegenden haben das Gefühl, dass sie nicht nur diese eine Frage stellen können, weil sie dann gleich in ein längeres Gespräch übergehen müssten, für welches sie keine Zeit haben. Eine weitere Barriere stellt das Dokumentieren dar, welches zum Teil unklar, aufwändig und zeitintensiv ist. Viele der Pflegenden geben an, bei einer Allgemeinzustandsverschlechterung mit den Betroffenen mehr Gespräche zu führen, aber dass sie diese dann nicht dokumentieren. In der zweiten Abbildung ist ebenfalls kurz zusammengefasst, wie die Pflegefachpersonen im ACP-Prozess Einfluss nehmen. Sie sprechen unter anderem die Hospitalisierten auf eine Patientenverfügung an und

unterstützen sie bei der Erstellung, sie tauschen sich mit den Sozialarbeitenden aus und dokumentieren.

Diskussion

In der Diskussion werden einige Ergebnisse diskutiert, mit anderen Studien verglichen und Vorschläge für die Weiterentwicklung gemacht. Die 30-minütige Schulung führte dazu, dass die Pflegenden mehr Vertrauen in das Wissen über ACP aufbauten und falsche Annahmen berichtigt werden konnten. Sie diskutieren, dass ein kleiner, kontinuierlicher Beitrag durch die Pflege die Rate der Patientenverfügungen erhöhen kann. Das vergleichen sie mit einem früheren Versuch der ganzen Institution, die Raten zu erhöhen, welcher aber auf der Transplantationsabteilung nicht gelungen war. Der Zeitmangel wurde in der Umfrage und den Interviews bestätigt. Die Forschungsgruppe schlägt vor, dass diesbezüglich ein Umdenken stattfinden muss. Die Pflegenden sollten ein ACP-Gespräch auch starten können, ohne es gleich zu Ende führen zu müssen. Ein einfacheres Dokumentationssystem sollte dies durch eine schriftliche Kontinuität ermöglichen. Die Rolle der Pflege wird dabei so definiert, dass die Pflegenden für den Start eines ACP-Prozesses verantwortlich sind, doch sie müssen ihn nicht alleine durchführen. Sie können die Aufgabe an Sozialarbeitende oder ihre Arbeitskollegen und -Kolleginnen weitergeben, denn ACP ist ein Prozess, auch für die Betroffenen. Als diese Erkenntnisse gemacht werden, reagierte die Stationsleitung und teilte sie den Pflegefachpersonen bei den täglichen Teambesprechungen mit. Nach 18 Monaten ist die Zahl der Patientenverfügungen noch einmal angestiegen.

Ein gemeinsames Grundverständnis der Rolle ist eine Voraussetzung für die einheitliche Umsetzung von ACP durch die Pflegefachpersonen. Eine Handlungsanleitung sollte die Umsetzung von ACP erleichtern und in der knappen Zeit ermöglichen. Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfragen dieser Studie. Es werden einige Limitationen genannt.

Würdigung

Einleitung

Die Studie trägt Antworten zu der Forschungsfrage der Bachelorarbeit bei. In der Einleitung wird geschrieben, dass die Rolle der Pflege im ACP-Prozess noch unklar ist und dass der Mangel an Informationen ein Grund dafür ist, weshalb die Pflegefachpersonen im ACP-Prozess zurückhaltend sind. Durch das Forschungsdesign

kann die Studie eine Aussage über das Verhalten und die Rolle der Pflege im ACP-Prozess machen. Das Ziel und der Zweck der Studie sind verständlich beschrieben und werden mit Hypothesen ergänzt. Die Einleitung weist empirische Literatur auf. Die Hauptautorin der Studie, Izumi Shigeko (Seiko), wird ebenfalls zitiert, weil sie einen Artikel über die Rolle der Pflege geschrieben hat. Das könnte die Objektivität beeinflussen.

Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Vor-/Nach-Erhebung mit einer Umfrage durchgeführt. Da die Auswirkung der Intervention getestet werden sollte, macht diese Methode Sinn. Die Umfrage wurde von der Studienleiterin basierend auf vorhandener Literatur und einer vergangenen Ursachenanalyse der ACP-Barrieren auf der Station entworfen. Die Interviews wurden durchgeführt, damit die Umsetzung von ACP im Arbeitsalltag der Pflegenden beurteilt werden kann. Im Rahmen eines QI-Projektes sind Interviews laut der Studie üblich. In den Limitationen wurde geschrieben, dass die Antworten aus den Interviews aufgrund der Anwesenheit der stationsleitenden Person beeinflusst worden sind. Die Population und Stichprobe beschränken sich auf die eine Abteilung. Für das QI-Projekt ist das sinnvoll gewählt, da es sich um eine Fragestellung bezogen auf diese Abteilung handelt. Die Resultate können somit aber nur begrenzt auf andere Abteilungen oder Institutionen übertragen werden. Die Probanden und Probandinnen hatten keine freie Wahl bezüglich der Teilnahme an der Studie, doch das QI-Projekt war von den Pflegenden gewünscht worden. Diese Tatsache könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse haben, weil die Teilnehmenden direkt in das Projekt verwickelt waren. 18 Personen waren nicht mehr auf der Abteilung beim zweiten Durchlauf der Umfrage, weshalb eine Stichprobengrösse von 42 Personen resultierte. Die Datenerhebung der quantitativen Ergebnisse ist nachvollziehbar und beinahe vollständig beschrieben. Im Text wird nicht erwähnt, welche Charakteristiken der Pflegefachpersonen erhoben werden. Die Umfrage wurde zu gegebenen Zeitpunkten bei allen gleich durchgeführt bzw. sind in der Studie keine anderen Hinweise vorhanden. In der Zeit zwischen der Vor- und Nacherhebung der Umfrage war es den Pflegenden nicht vorgegeben, wie stark sie sich im ACP-Prozess beteiligen müssen und es wurde nicht kontrolliert. Somit ist die Reliabilität der Nacherhebung nicht ganz gewährleistet. Die Datenanalyse wird ebenfalls klar beschrieben. Das Skalenniveau entspricht dem Wilcoxon-Test, welcher passend für die Unterschiedshypothese und die abhängige Stichprobe dieser Studie gewählt wurde. Die Daten der zwölf Hindernisse werden nur in

Prozentzahlen und ohne statistische Verfahren in einer Tabelle dargestellt. Das Signifikanzlevel ist nur schwer aus den Tabellen ablesbar.

Das qualitative Verfahren wird weniger genau beschrieben. Die Datenanalyse ist zitiert, doch es wird nicht näher darauf eingegangen. Der Ablauf der Interviews wird nur oberflächlich beschrieben. In der Studie werden keine ethischen Fragen aufgegriffen. ACP bringt aber ethische Diskussionen mit sich. Es wird auch keine psychologische Unterstützung für die Pflegefachpersonen erwähnt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse von allen erhobenen Daten werden präsentiert (Charakteristiken nicht beurteilbar). Sie sind im Text nach dem methodischen Vorgehen gegliedert und verständlich. Die meisten davon werden in einer Tabelle oder Grafik dargestellt. Diese sind übersichtlich beschriftet und hilfreich gestaltet. Da kein Signifikanzlevel angegeben ist, sind die aussagekräftigen Resultate nicht auf den ersten Blick ersichtlich. Die Haupteckkenntnisse aus den Interviews sind nicht thematisch geordnet. Trotzdem sind sie verständlich beschrieben und mit einer Grafik ergänzt. Die Anzahl der Personen, die bei Austritt eine Patientenverfügung haben, wird für das QI-Projekt prozentual aufgezeigt. Als Leser und Leserin ist es aber nicht möglich zu erfassen, wie viele der Patienten und Patientinnen nun eine ACP-Beratung erhalten haben.

Diskussion

Die Studie wird mit der Diskussion einiger relevanten Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung abgerundet. Von den Forschenden werden einige Umsetzungsmöglichkeiten dargestellt und Vorschläge für die Praxis gemacht. Diese und die zentralen Ergebnisse werden auch in einem separaten Unterkapitel und einer Grafik noch einmal aufgegriffen. Es wird nicht erwähnt, weshalb nach drei Monaten die Selbsteinschätzung des ACP-Wissens tiefer ausfällt als gleich nach der Schulung. Es werden keine Alternativen für die Schulung oder andere Berufsgruppen neben den Sozialarbeitenden mitdiskutiert, obwohl die aktive Teilnahme am ACP-Prozess nach der Schulung nicht signifikant zugenommen hat.

Es wird nicht erwähnt, wie dieses QI-Projekt auf weitere Settings ausgeweitet werden könnte. Die Intervention sollte aber generell auf Pflegeabteilungen durchführbar sein. Die Studie hat eine direkte Intervention in der Praxis getestet, welche anscheinend eine Lücke füllt, da die Pflegenden sich selbst für das QI-Projekt ausgesprochen hatten.

Gütekriterien

Objektivität

- Die Teilnehmenden sind eventuell bei den qualitativen Interviews durch die Teilnahme der stationsleitenden Person beeinflusst worden.
- Die Pflegefachpersonen auf der Station hatten keine freie Wahl bezüglich der Teilnahme.
- Die Stichprobe ist nicht randomisiert (wird in den Limitationen erwähnt).
- Die quantitativen Daten und qualitativen Daten ergänzen sich.

Reliabilität

- Es ist nicht klar, ob die Pflegefachpersonen vor der Edukation alle auf dem gleichen ACP-Wissensstand waren, da die Ergebnisse nur zwischen den Erhebungszeitpunkten verglichen werden, aber nicht zwischen den Teilnehmenden. Es ist auch nicht klar, wie intensiv sich die einzelnen Personen nach der Schulung mit ACP auseinandersetzten. Somit wird zum einen der Alltag abgebildet, zum anderen ist die Durchführung so nur teilweise reliabel.
- Die Durchführung der Datenerhebung ist so beschrieben, dass sie auf einer anderen Station auch durchgeführt werden könnte.
- Die Durchführung der Interviews ist nur oberflächlich beschrieben.

Validität

- Der Fragebogen basierte auf bereits vorhandener Literatur, er wurde aber nicht auf seine Validität getestet. Ausserdem wurde er von der Forschungsleitenden entwickelt.
- Das Forschungsdesign wurde entsprechend der Fragestellung sinnvoll gewählt und die Datenanalyse der quantitativen Daten wirkt korrekt. Das Ziel der Studie ist erreicht.
- Die Validität der Studie wird nicht diskutiert, einige Limitationen werden aufgezeigt. Die Studie fand im Rahmen eines QI-Projektes statt, was einen Einfluss auf das Design hatte.

Es gibt es einige kritische Punkte, die betreffend der Güte anzumerken sind. Ein Teil davon ist aber durch das QI-Projekt relativierbar. Insgesamt können die Ergebnisse der Studie als aussagekräftig beurteilt werden.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

Identifying the factors associated with canadian registered nurses' engagement in advance care planning
(Rietze et al., 2018)

Zusammenfassung

Einleitung

Der Prozess von ACP ist erklärt und bereits vorhandene zitierte Daten deuten darauf hin, dass ACP am besten vor einer gesundheitlichen Krise stattfinden sollte. Daraufhin wird auf die Berufsgruppe der Pflege im kanadischen Gesundheitssystem eingegangen und ein Review, welches Barrieren bei der Umsetzung von ACP durch Pflegefachpersonen aufzeigt. Pflegefachpersonen sind durch den nahen Patientenkontakt geeignet, um ACP-Konversationen zu initiieren. Bis anhin fehlen aber in der kanadischen Literatur Daten dazu, bis zu welchem Grad das kanadische Pflegepersonal sich in ACP engagiert und welche Faktoren die Entscheidungen, ein ACP-Gespräch zu führen, beeinflussen. Somit wurde das als Ziel dieser Studie formuliert: wie weit engagieren sich Pflegefachpersonen in ACP bei ihren Patienten und Patientinnen und welche Faktoren beeinflussen diese Entscheidung, das zu tun. Damit die Entscheidungen und das Verhalten von den Pflegefachpersonen verstanden werden können, stellen die Forschenden «the theory of planned behavior (TPB)» vor. Damit ein Verhalten entstehen kann, muss eine Intention vorhanden sein, welche durch drei Komponente beeinflusst werden kann: eine gute oder schlechte Einstellung gegenüber einem Verhalten und das daraus erwartete Ergebnis, Beeinflussung durch Normen und die vermeintliche Kontrolle über das Verhalten.

Methode

Design und Stichprobe: Es wurde eine deskriptive Querschnittstudie durchgeführt. Die Population wird nicht explizit erwähnt, es kann aber angenommen werden, dass diese das kanadische Pflegefachpersonal, welches aktuell in der Praxis arbeitet, umfasst. Da jede Provinz wieder ein anderes System hat, wurde die Rekrutierung auf Ontario beschränkt. Es wurde eine Liste von freiwillig eingetragenen Pflegefachpersonen aus der Praxis verwendet und davon jede dritte Person auf der Liste angeschrieben, bis es 1000 Personen waren. Diese erhielten einen Brief mit einem Schreiben, der Umfrage und einem Retourcouvert. 125 Umfragen wurden retourniert. Diese Stichprobengrösse ergab bei der Chi-Quadrat Analyse eine genug grosse Aussagekraft.

Messinstrument: Es wurde ein eigener Fragebogen von den Forschenden entwickelt basierend auf ähnlichen Studien und der TPB. Wie bereits erwähnt wurde die TPB dazu verwendet, Entscheidungen betreffend ACP in der Praxis zu verstehen. Begründet wurde es damit, dass wenn Faktoren, die diese Entscheidungen und das Verhalten der Pflegefachpersonen mitbestimmen, erkannt werden, auf Möglichkeiten und Hilfestellungen für die Umsetzung von ACP geschlossen werden kann.

Der Fragebogen:

- Einstellung zu ACP: Fragen zu wie wichtig sie ACP im Pflegealltag einschätzen
- Subjektive Wertvorstellungen/Normen: der wahrgenommene äussere Druck sich in ACP zu engagieren oder nicht -> Kultur der Organisation, ob die Erwartung da ist, dass sie sich in ACP engagieren sollten (Quelle: Cameron und Freeman)
- Wahrgenommene Kontrolle/Beeinflussungsmöglichkeiten des Verhaltens: Faktoren der Selbstwirksamkeit -> Ressourcen oder Hindernisse (aus bekannter Literatur):
Vertrauen/Zuversicht, Komfort und Wissen/Kenntnis

Insgesamt waren es 35 Fragen, die entweder mit Ja/Nein, einer Likert-Skala, Multiple Choice und Kurzantworten (qualitativ) beantwortet werden konnten.

Demographische Daten (welche sich aus der Literatur als wichtig ergaben, ohne Quelle)

- Arbeitsplatz
- seit wann in dieser Berufsposition
- Alter
- Höchster Schulabschluss

Die Inhaltsvalidität des Fragebogens wurde durch sieben Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen gewährleistet, welche ihn auf seine Relevanz und Vollständigkeit überprüften. Die Teilnehmenden waren nicht gezwungen, alle Fragen zu beantworten. Alle zurückgesendeten und auch nicht vollständig beantworteten Fragebögen wurden bei der Auswertung miteinbezogen.

Datenanalyse: Deskriptive Statistik wurde angewendet, um die Hauptkonzepte der Studie darzustellen: Grad der Implementation von ACP, Einstellung/Haltung, subjektive Normen und wahrgenommene Kontrolle/Selbstwirksamkeit. Der Spearman Korrelationstest und der Chi-Quadrat-Test wurden dafür verwendet, um festzustellen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Ausbildungsgrad und den Hauptvariablen gibt. Die Kurzantworten wurden mit einer induktiven Inhaltsanalyse von drei Personen bearbeitet. Die qualitativen Antworten wurden in drei Schritten in Kategorien eingeteilt.

Ethik: Eine ethische Zulassung wurde von der Laurentian Universität gegeben. Die Teilnehmenden waren nicht gezwungen, alle Fragen zu beantworten.

Ergebnisse

Da nicht alle Teilnehmenden alle Fragen beantworten mussten, kam es pro Frage zu einer unterschiedlichen Antwortquote, welche aber angegeben ist. Die demographischen Daten sind vollständig in einer Tabelle präsentiert. Die Demographie wurde mit anderen Angaben zu Ontario verglichen (Quellen nicht angegeben) und es wurden keine Unterschiede in der Stichprobe im Vergleich zu der Berufsgruppe in Ontario gefunden. Insgesamt beteiligen sich 40.5 Prozent der Teilnehmenden am ACP oft oder sehr oft.

1. Einstellung zu ACP: Es ist keine Korrelation mit dem Ausbildungsniveau vorhanden.

Fast alle Teilnehmenden sehen die Diskussion über die Werte und Behandlungen am Lebensende als eine wichtige Aufgabe der Pflegefachpersonen. Die meisten (man weiss nicht wie viele) haben eine positive Einstellung gegenüber Gesprächen über das Lebensende.

2. Subjektive Wertvorstellungen/Normen: Es ist keine Korrelation zwischen dem Ausbildungsniveau und dem Arbeitsort (akut oder ambulant) vorhanden.

Pflegefachpersonen im akuten Setting sind aktiver im ACP als diejenigen im ambulanten Bereich. Von fast allen wird ACP als ein Teil ihrer Rolle angeschaut und sie berichten, dass sie viel bei interdisziplinären Entscheidungsgesprächen dabei sind. Nur 27.5 Prozent gaben an, Richtlinien für ACP am Arbeitsplatz zu haben.

3. Wahrgenommene Kontrolle/Beeinflussungsmöglichkeiten des Verhaltens: Laut der Studie fühlten sich viele der Teilnehmenden moderat bis sehr sicher in ihrer Fähigkeit am ACP-Prozess teilzunehmen. Mehr Schulungen und andere Ressourcen würden ihre Fähigkeiten noch fördern. Es wurde aufgelistet, in welchen Bereichen die Teilnehmenden sich mehr Informationen wünschen. Auch in dieser Unterkategorie wurde keine Korrelation gefunden. Als Barrieren wurden mangelndes spezifisches Wissen, Faktoren der Institutionen, die Bereitschaft der Familien und Patienten/Patientinnen und die persönliche Selbstsicherheit, ACP zu lancieren aufgrund von eigenen Werten, genannt. Die Mehrheit hatte noch keine Weiterbildung zu ACP erhalten. Als motivierende Faktoren nannten sie Weiterbildungen und Mentoring, Richtlinien und ein klares Prozedere sowie Evidenz zu ACP, dass dies die Lebensqualität der Betroffenen erhöht und dem Gesundheitswesen Geld spart.

Ca. ein Drittel der 35 Fragen von der Umfrage sind in einer Tabelle aufgelistet und die Antworten sind in Prozentzahlen angegeben. Es werden nicht alle Ergebnisse präsentiert.

4. Qualitative Antworten (nicht klar trennbar von den quantitativen Daten): Der Zeitpunkt für ACP richtet sich zum einen nach dem Patienten und der Patientin (z.B. Unterstützung in der Familie) und wird von Faktoren durch den Anbieter (z.B. Zeit) beeinflusst. Es wird als positiv erachtet, dass durch ACP Wünsche vom Patienten oder der Patientin erhört werden und es die Autonomie und den Komfort steigert. Herausforderungen bei der Umsetzung sind institutionelle und organisatorische Faktoren, die Bereitschaft von den Patienten, Patientinnen und der Familie und das Unbehagen, das von den Pflegefachpersonen zum Teil empfunden wird.

Diskussion

Generell kann gesagt werden, dass das Pflegepersonal ACP als ein Teil ihrer Rolle ansieht. Das Ausmass des Engagements unterscheidet sich im akuten und nicht-akuten Umfeld. Um dem auf den Grund gehen zu können, muss noch mehr zu diesem Thema geforscht werden. Eine Barriere bei der Umsetzung stellt der Mangel an institutionellen Richtlinien dar. Die Forschenden empfehlen, dass die Pflegefachpersonen bereits in der Ausbildung darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie eine Rolle bei der Umsetzung von ACP und bei der Verfassung von Richtlinien übernehmen müssen. Die Korrelation zwischen dem Ausbildungsniveau und den Hauptvariablen ist nicht signifikant. Die Pflegenden äussern aber, dass sie an Schulungen interessiert wären. Laut den Pflegenden werden viele der Gespräche von Ärzten geführt, was laut der Studie auf dem historischen, hierarchischen System basiert (ohne Quellenangabe). Als Verbesserungsvorschlag wird eine interprofessionelle Schulung genannt. Auf das TPB Modell wird nur oberflächlich eingegangen. Es werden keine weiteren Erklärungen oder Interpretationen gemacht. Die Limitationen, welche genannt werden, beziehen sich auf die tiefe Antwortquote, doch die Forschenden begründen durch ihre Hochrechnungen und den Vergleich der Stichprobe mit der Population von Ontario, dass die Stichprobengrösse ausreichend ist. Ein abschliessender Vorschlag ist, dass Gesundheitsorganisationen sich mit akademischen Institutionen für eine Schulung zusammenschliessen, um Themen, welche in der Studie aufgezeigt werden, anzusprechen und Lücken zu füllen. Rolle der Pflege: sie haben eine Rolle bei der Initiierung von Richtlinien, der Umsetzung und Weiterentwicklung von ACP und dem Vorantreiben von Schulungsangeboten.

Würdigung

Einleitung

Die Studie bezieht sich auf das kanadische Gesundheitssystem, da eine Forschungslücke betreffend das Engagement der Pflege im ACP-Prozess vorhanden ist. Trotz des auf Kanada fokussierten Settings untersucht die Studie ein relevantes, pflegerisches Thema, welches auch durch Quellen begründet wird und durchaus zur Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit beitragen sollte. Alle Aussagen werden mit Quellen gedeckt. Ein grösserer Abschnitt ist einem Review gewidmet. Im Literaturverzeichnis wird ersichtlich, dass dieser von der gleichen Forschungsleiterin wie die der Studie verfasst wurde. Das kann die Objektivität beeinflussen. Anhand der Forschungslücke wird das Ziel aufgezeigt. Um dieses zu erreichen, wird eine Theorie zur Einschätzung von Verhalten erklärt. Diese ist mit einer Darstellung ergänzt, welche das Verständnis erleichtert, denn die TPB ist nicht leicht zu verstehen. Es ist noch nicht klar, wie das Konzept in der Studie verwendet wird. Es werden keine Hypothesen gemacht und es ist keine Fragestellung vorhanden.

Methode

Es wurde als Design eine deskriptive Querschnittstudie gewählt. Eine Umfrage ist eine Möglichkeit, um das Verhalten von Personen zu einem Zeitpunkt zu erfragen und entspricht somit diesem Design als korrektes Mittel zur Datenerhebung. Die Studiumgebung wurde nicht wesentlich manipuliert. Es werden in diesem Fall aber keine Parameter direkt aus der Praxis miteinbezogen. Der Inhalt des Fragebogens wird begründet und er ist kanadaspezifisch. Das entspricht der Stichprobe und erhöht die Validität in dem Sinne, dass die Fragen von den Personen auch wirklich beantwortet werden können. Die Umfrage wird nicht in einem kontrollierten Setting durchgeführt, sondern wurde den Teilnehmenden zugeschickt. Das beeinflusst die Reliabilität. Zu möglichen Faktoren, wodurch die Resultate beeinflusst worden sein könnten, wird keine Stellung genommen. Die Teilnehmenden sind nicht gezwungen, alle Fragen zu beantworten, wodurch Lücken entstehen. Der Fragebogen wurde auf die Inhaltsvalidität geprüft und die Forschungsgruppe hatte keinen Kontakt zu den Teilnehmenden. Die Stichprobenziehung ist dadurch erklärt, dass eine randomisierte Gruppe aus der Studienpopulation in die Studie miteinbezogen werden sollte, so wie es das Design vorsieht. Als Einschlusskriterium gilt nur, dass die Personen zu diesem Zeitpunkt

berufstätig waren. Sonst sind keine Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Die Repräsentativität der Population in der Stichprobe ist durch die Rekrutierung eingeschränkt, da nur die Personen von einer Liste aus einer Provinz angeschrieben wurden. Die Datenanalyse wird nur oberflächlich beschrieben. Die Analyse der demographischen Daten wird nicht erwähnt. Es ist anzunehmen, dass die erhobenen Variablen, welche mit dem Spearman-Korrelationstest und dem Chi-Quadrat-Test ausgewertet werden, das entsprechende Skalenniveau (mind. ordinalskaliert oder kategoriale Variablen) aufweisen, doch deren Verwendung wird nicht genau erläutert und ist nicht komplett nachvollziehbar. Mit diesen beiden Tests sollen Zusammenhänge untersucht werden, was korrekt ist. Der Zusammenhang mit dem Ausbildungsgrad wird in der Einleitung nie erwähnt und ist für den Leser oder Leserin aus dem Kontext gegriffen. Es ist kein Signifikanzniveau angegeben. Es werden keine ethischen Fragestellungen erwähnt oder diskutiert. Die Studie wurde von einer Ethikkommission geprüft.

Ergebnisse

Das Ergebniskapitel ist durchzogen. Insgesamt wurden von 1000 nur 125 Fragebögen ausgefüllt (wird bei den Limitationen erwähnt). Mit den demographischen Angaben wird lediglich gezeigt, dass sich die Stichprobe nicht von der Population in Ontario unterscheidet. Doch der Vergleich ist nicht komplett nachvollziehbar, da keine Quellen angegeben sind und die Signifikanz nicht statistisch überprüft wurde (bei allen Angaben der Resultate aus der Umfrage). Die Daten sind in einer Tabelle aufgelistet, welche zwar korrekt beschriftet, aber nicht sehr übersichtlich ist. Gewisse Angaben wie das Alter sind unpräzise und führen nicht zu einem tieferen Verständnis der Charakteristik der Stichprobe. Die Ergebnisse der drei Hauptvariablen sind in Unterkapiteln beschrieben, die allgemeine Teilnahme am ACP-Prozess wird davor kurz angesprochen. Ein Teil der Ergebnisse ist in einer Tabelle ersichtlich, welche auch nicht sehr übersichtlich und nicht nach den Kategorien unterteilt ist. Darin sind nur die Prozentzahlen präsentiert. Die einen Ergebnisse aus dem Fliesstext greifen auf die Tabelle zurück, bei den anderen ist nicht klar, ob diese nun Ergebnisse der quantitativen oder qualitativen Datenerhebung sind oder woher sie kommen. Die Ergebnisse werden zum Teil anders interpretiert, als dass sie sich aus dem Fragebogen ergeben (z.B. sie fühlen sich verpflichtet sich weiterzubilden anstatt sie sind daran interessiert) und die Ergebnisse sind unübersichtlich, da viele verschiedene Aussagen dazu gemacht werden, ob die Pflegefachpersonen nun im ACP-Prozess

engagiert sind oder nicht. Es ist auch nicht immer klar, ob es sich wirklich um ACP handelt oder grundsätzlich um Gespräche über das Lebensende.

Diskussion

In der Diskussion werden die Hauptkenntnisse hervorgehoben und auch die nicht-signifikanten Zusammenhänge erwähnt. Die Ergebnisse sind korrekt wiedergegeben, es werden aber nicht alle Ergebnisse einbezogen. Die Interpretation der Ergebnisse bleibt oberflächlich, bzw. werden sie nur mit zwei Quellen verglichen, eine davon ist ebenfalls von L. Rietze. Die drei Pfeiler der TPB werden nur noch einmal kurz erwähnt. Es werden Vorschläge für die Forschung und Implementation in der Praxis gemacht. Es wird nur eine Limitation erwähnt. Als Stärken werden der Fragebogen und die repräsentative Stichprobe genannt. Die Stichprobe repräsentiert Ontario, nicht aber alle kanadischen Pflegefachpersonen. Durch die Einfachheit der Datenerhebung wäre eine Wiederholung der Studie in einer anderen Provinz durchführbar. Die Rekrutierung der Probanden und Probandinnen müsste aber allenfalls angepasst werden, da dies in jeder Provinz anders geregelt ist.

Das Ziel der Studie wurde mehrheitlich erreicht. Die Teilnahme der Pflegefachpersonen am ACP-Prozess konnte anhand der Umfrage dargestellt werden und Einflussfaktoren und Barrieren wurden eruiert. Das methodische Vorgehen ist aber nicht immer nachvollziehbar und es wird nur ein statistischer Test durchgeführt, welcher sich als nicht signifikant erwiesen hat. Leider fehlt am Schluss eine Interpretation der Ergebnisse anhand des TPB. Eine Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis wird nicht detailliert vorgeschlagen.

Gütekriterien

Objektivität

- Die Studienteilnehmenden haben keinen Kontakt zu der Forschungsgruppe.
- Die Liste, mit welcher die Probanden und Probandinnen rekrutiert wurden, bestand aus Pflegefachpersonen, welche bereit sind, an einer Studie teilzunehmen. Ihre «Motivation» könnte die Ergebnisse beeinflusst haben.

Reliabilität

- Das Ausfüllen des Fragebogens findet nicht in einem kontrollierten Setting statt.
- Die demographischen Daten wurden mit der Population in Ontario verglichen.

- Die Auswertung der qualitativen Daten ist nur kurz beschrieben und bei den Ergebnissen auch nicht klar abgegrenzt.
- Es ist nur ein Einschlusskriterium beschrieben.

Validität

- Der Fragebogen wird von den Forschenden als valide eingeschätzt, da er von drei Experten überprüft wurde.
- Das Studiendesign scheint passend für das Ziel der Studie gewählt zu sein. Die Wahl wird aber nicht begründet.
- Die Stichprobengrösse wurde zwar berechnet, doch in den Limitationen wird sie trotzdem als knapp beschrieben.
- Die Datenanalyse ist nicht vollkommen nachvollziehbar.

Die Methode wirkt insgesamt durchdacht: der Fragebogen ist sinnvoll entwickelt worden und validiert. Die Stichprobengrösse wurde berechnet. Doch die Datenanalyse ist nur knapp ausgeführt, was schlussendlich auch zu einem unübersichtlichen Ergebnisteil führt.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

The impact of organizational factors on nurses' knowledge, perceptions, and behaviors around advance care planning
(Singh-Carlson et al., 2020)

Zusammenfassung

Einleitung

In dieser Studie wird am Anfang das ACP-Konzept kurz erklärt und anhand von Krebspatienten und -Patientinnen aufgezeigt, dass durch ACP die Betroffenen ein realistischeres Bild betreffend ihre Lebenserwartung haben und es zu weniger Spitaleintritten am Lebensende kommt. Diese Angaben sind mit Quellen hinterlegt. Ein strukturiertes Gesundheitssystem sowie Richtlinien können eine ACP-Implementation begünstigen. Probleme treten auf, wenn keine Klarheit über die Verantwortung der Umsetzung herrscht. Es wird mehrmals erwähnt, dass Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle im ACP-Prozess spielen, da sie eine gute Position für die Intervention haben. Es hat sich aber gezeigt, dass die Erfahrung, das Training und kulturelle Werte der Pflegefachpersonen bei der Implementierung eine Rolle spielen. Mit dieser Einleitung begründen die Forschenden die Notwendigkeit ihrer Arbeit. So ist das Ziel dieser Studie, den Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen der Institution und der Wahrnehmung und dem Verhalten der Pflegefachpersonen in Bezug auf ACP zu analysieren. Als theoretisches Rahmenkonstrukt wenden die Forschenden die «Banduras sozial-kognitive Theorie» an. Sie besagt, dass Wissen durch Interaktion im sozialen Kontext und der Umwelt erlernt wird. Das Ziel ist es ebenfalls zu schauen, ob diese Theorie in diesem Rahmen validiert werden kann. Zum Schluss werden die Forschungsfragen und dazu die aufgestellten Hypothesen aufgelistet.

Methode

Design: Es handelt sich um einen Fragebogen, welcher quantitative wie auch qualitative Frageblöcke aufweist. Die Benützung des Fragebogens wurde begründet, indem die Forschenden aufzeigen, dass dieser in Australien entwickelt, validiert und extra für Gesundheitsfachpersonen aus dem palliativen Setting konstruiert wurde und deren Wissen, Einstellungen und Erfahrungen abfragt. Die Erlaubnis zur Verwendung des Fragebogens wurde erteilt.

Stichprobe: Alle Pflegefachpersonen aus den Vereinigten Staaten, welche ein Mitglied der onkologischen Pflegegesellschaft sind, stellen die Population dar. Stichprobe: Pflegefachpersonen, welche ein Mitglied in der onkologischen Pflegegesellschaft sind. Sie müssen registrierte Pflegefachpersonen mit Diplom, Bachelor oder Master sein und direkten Patientenkontakt im Akutsetting oder im onkologischen Setting aufweisen. Die Teilnehmenden müssen zwischen 22 und 70 Jahre alt sein. Die onkologische Pflegegesellschaft hat allen zutreffenden Personen (Gelegenheitsstichprobe, von den Forschenden bestimmt) eine Einladung, Einverständniserklärung und die Umfrage, welche über die Software Fluid Survey betrieben wurde, zugeschickt. Ein Monat später wurde nochmals eine Erinnerungsemail geschickt. Es wird kein Zeitraum genannt, in welchem der ganze Prozess abläuft. Die Anzahl der Teilnehmenden kann dem Methodenteil nicht entnommen werden. Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Auswahl der Teilnehmenden wird durch die Auflistung der Einschlusskriterien beschrieben.

Datenerhebung: Einmalig wurden Daten mit der schriftlichen Befragung erhoben. Die Forschenden hatten keinen direkten Kontakt zu den Teilnehmenden. Nach der Überprüfung vom Studienprotokoll durch die California State University Long Beach, wurden die Einladungen an alle potenziell Partizipierenden per E-Mail verschickt. Die Einverständniserklärung wurde durch ein Ankreuzfeld eingeholt. Die Umfrage wurde in Englisch durchgeführt. In welchem Zeitraum die Umfragen beantwortet werden mussten wie auch das Setting, in dem sie beantwortet wird (Zuhause, bei der Arbeit), ist unbekannt.

Messverfahren: Es wurde die ACP-Umfrage benutzt, welche in Australien entwickelt und validiert wurde.

Datenanalyse: Um das in der Einleitung genannte Modell repräsentieren zu können, wurden fünf verschiedene Variablen aus dem Fragebogen ausgesucht. Die vergangene Erfahrung wird mit den Fragen «Haben Sie Betroffene/Familie über ACP beraten?» und «Haben Sie jemals Betroffene mit einem vollständigen ACP betreut?» erhoben. Beide Fragen konnten mit Ja oder Nein beantwortet werden. Indirekte Erfahrungen wurden mit der Ja- oder Nein-Beantwortung zur Teilnahme eines ACP-Gespräches als Zeuge oder Zeugin analysiert. Die Beurteilung der ACP-Qualität auf einer Skala von eins bis sechs und Einschätzung, wie oft ACP verfolgt wird, auf einer Skala von eins bis vier, trugen ebenfalls zu dieser Kategorie bei. Auf Grund der unterschiedlichen Datenniveaus, wurden sie separat erforscht. Bisherige Trainings wurden mit einer Ja- oder Nein-Frage und einem qualitativen Element erfasst. Die Zufriedenheit der Unterstützung wurde durch eine weitere Frage bewertet (evtl. eine Likert-Skala). Die Empfindung des Verhaltens wurde in neun

Fragen (wahrscheinlich nominal) über ACP eruiert. Die Erfragung der Selbstwirksamkeit umfasste acht Fragen, in welchen das Vertrauen in sich selbst auf einer Skala von eins bis fünf ermittelt wurde. Das ACP-Verhalten wurde mit zehn Fragen ermittelt, acht davon stehen im Text. Die erhobenen Daten weisen ein nominales und ordinales Datenniveau auf (demographische Daten werden nicht erwähnt). Bei der Auswertung wurden univariate und bivariate Analysen angewendet. Die Korrelationsanalyse wurde dazu verwendet, die Beziehung zwischen den Variablen im Modell zu identifizieren. Die Regressionsanalyse wurde verwendet, um das gesamte ACP-Verhalten anhand der unabhängigen Variablen vom Modell vorauszusagen. Alle Analysen wurden mit der SAS Version 9.4 durchgeführt. Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt. Die qualitativen Antworten wurden anhand der Inhaltsanalyse kodiert und kategorisiert, um Muster innerhalb der Daten zu finden und mit Hilfe von Excel dokumentiert. Die zwei Fragen, welche qualitativ untersucht wurden, knüpften an die quantitativen Hypothesen an.

Ethik: Es werden keine ethischen Fragen in dieser Studie diskutiert und keine Ethikkommission miteinbezogen.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 99 Personen an der Umfrage teil, doch nur 88 beantworteten die studienspezifischen Fragen. Demografische Daten und Fragen zum ACP-Verhalten sind in der Tabelle eins zu finden, diese ist aber nicht mit dem Text kongruent, die Anzahl der Teilnehmenden unterscheidet sich. Von allen Probanden und Probandinnen haben 40 Prozent angegeben, dass sie ACP-Training abgeschlossen haben und 51 Prozent, dass sie ein ACP-Gespräch mit einem Patienten oder einer Patientin geführt hatten. Die Forschenden zeigen auf, dass es Korrelationen zwischen dem gesamten ACP-Verhalten und gewissen Prädiktoren gibt. Signifikante Prädiktoren waren die eigene Verhaltenswahrnehmung, direkte Erfahrungen in der Vergangenheit, indirekte Erfahrungen und ACP-Training in irgendeiner Form. Dies stützt ihre Hypothesen. Die Selbstwirksamkeit wies keinen Zusammenhang auf. In der Tabelle 2 wird die Korrelationsanalyse veranschaulicht. Partizipierende, welche äusserten, dass sie öfters ACP erleben, weil es in ihrer Institution umgesetzt wird, haben auch alle mindestens ein Gespräch geführt, waren eher über 50 Jahre alt, fühlten sich selbstsicher, da sie sich an die Verfügungen der Betroffenen hielten und würden sich eher für ACP-Richtlinien einsetzen. Die Regressionsanalyse zeigte, dass die vergangene und indirekte Erfahrung mit ACP und die

eigene Verhaltenswahrnehmung sich bei der Voraussage des gesamten ACP-Verhalten als signifikant erwiesen.

Qualitative Ergebnisse: Alle Teilnehmenden empfanden es als positiv, Patienten und Patientinnen zu betreuen, welche ein ACP-Gespräch hatten. Es ist einfacher, ihre Entscheidungen zu verstehen und ihre Wünsche umzusetzen. Einige Teilnehmende hielten fest, dass ACP in der Theorie besser als in der Praxis funktioniert. Manche Partizipierende empfinden die Durchführung von ACP schwieriger, wenn kulturelle und sprachliche Ungleichheiten vorhanden sind. Sie nannten dies auch als grösste Barriere, um ACP im vollen Umfang erklären zu können. Es fehlen dabei zum Teil auch Kommunikationsfähigkeiten und Strategien, auf komplexes Patientengut eingehen zu können. Übersetzende Personen stellten sich dabei nur bedingt als vorteilhaft heraus, da die Nuancen und Emotionen oft nicht übertragen werden.

Diskussion

Die signifikanten Ergebnisse werden nochmals aufgegriffen und in den Kontext und zur Fragestellung gestellt. Es folgt eine Aufforderung, dass die Ergebnisse der Studie alle Personen im Gesundheitswesen anregen sollten und ACP umgesetzt werden soll. Die Hypothesen werden aufgegriffen und zumeist bestätigt. Die Forschenden schliessen aus den Ergebnissen, dass Edukationsprogramme mit direktem und indirektem Kontakt zu ACP sinnvoll sind. Die zweiteilige Zielformulierung konnte beantwortet werden, im Diskussionsteil wird nochmals kurz auf das Konzept Banduras eingegangen. Die Diskussion selbst wird mit wenig ähnlicher Literatur verglichen oder gestützt. Es werden keine Limitationen genannt, was eine Limitation an sich ist.

Schlussfolgerung: Die Forschenden zeigen auf, dass es von Vorteil wäre, ACP-Gespräche in die Ausbildung zu integrieren, da es in der Verantwortung der Pflegefachpersonen liegt, solche Themen anzusprechen und viele mit einer höheren Ausbildung in einem Setting, wo ACP relevant ist, arbeiten werden. Es braucht noch weitere Studien, um das Konzept der Selbstwirksamkeit im Bezug zu ACP zu verstehen und um die indirekten und direkten Trainingsmethoden ausbauen zu können. Institutionelle Richtlinien sollten unterstützt werden.

Würdigung

Einleitung

Insgesamt wird das ACP-Konzept kurz eingeführt und es wird dargestellt, um welches Setting es sich in der Studie handelt. Es wird ebenfalls aufgezeigt, welches Wissen bereits vorhanden und wie die Pflege involviert ist. Die Aussagen sind mit Quellen hinterlegt. Das Ziel, die Fragestellungen und die Hypothesen sind verständlich und klar formuliert. Sie werden anhand eines Begriffsmodelles dargestellt. Die Studie untersucht nicht direkt die Rolle der Pflegefachpersonen im ACP, aber welche Faktoren auf das Verhalten einen Einfluss haben. Somit kann diese Studie zu der Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit beitragen.

Methode

Das Studiendesign wird nicht beim Namen genannt. Es wurde ein Fragebogen für die Datenerhebung verwendet, welcher als validiert beschrieben und mit Quellenangaben aus Australien belegt ist. In diesen wurde aber kein Fragebogen validiert, sondern lediglich angewendet, sofern das beurteilt werden konnte. Das lässt einen an der internen Validität zweifeln. Die Population und Stichprobe sind nachvollziehbar beschrieben. Die Einschlusskriterien scheinen sinnvoll gewählt, da somit eine Vielfalt der Pflegefachpersonen eingeschlossen sind. Für die Rekrutierung der Teilnehmenden wurde die Methode der Gelegenheitsstichprobe angewendet, welche grundsätzlich die interne und externe Validität im Vergleich zur Randomisierung beeinträchtigt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden aus ganz Amerika erhöht zwar die externe Validität, doch für die Grösse dieses Landes ist die Stichprobe relativ klein und beschränkt sich auf das Fachgebiet Onkologie. Es wird beschrieben, dass die Forschenden keinen Kontakt zu den Personen hatten und über keine spezifischen Personendaten verfügten. Es wird beschrieben, dass eine Einladungsemail an alle in Frage kommenden Teilnehmenden verschickt wurde, aber nicht, ob zusätzliche Kriterien als die beschriebenen Einschlusskriterien angewendet wurden. Eine Stichprobenberechnung wird nicht erwähnt. Die ausgewählten Variablen für die Umfrage richten sich nach dem Modell basierend auf Banduras Theorie. In diesem Rahmen wird das Vorgehen der Datenerhebung begründet. Die einzelnen Elemente des Fragebogens sind genau beschrieben, das Skalenniveau ist jedoch nicht immer klar. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte wahrscheinlich einmalig (das Design ist nicht benannt) online. Die Datenanalyse der quantitativen Daten wird

knapp beschrieben. Die Fragestellung untersucht Zusammenhänge, wofür die Korrelations- und Regressionsanalyse passend sind. Ob die Analyse betreffend der Datenniveaus korrekt angewendet wurde, kann nicht beurteilt werden, da die durchgeführten Tests nicht genauer beschrieben sind. Es wird beschrieben, dass die unterschiedlichen Datenniveaus in der Analyse separat ausgewertet wurden. Zur Auswertung der qualitativen Daten wurde die Inhaltsanalyse angewendet, welche nur oberflächlich beschrieben ist. Es ist aber erwähnt, dass die Nachvollziehbarkeit der Analyse im Prozess beachtet wurde. Es kann nicht beurteilt werden, ob eine Datensättigung erreicht wurde. Das Signifikanzniveau wird im Methodenteil nicht besprochen. Es werden keine ethischen Fragestellungen aufgegriffen. Es wurde aber auf eine Objektivität geachtet bezüglich der Beziehung zwischen den Forschenden und Teilnehmenden, es liegt eine Zulassung der Studie vor und die Teilnehmenden gaben ihr Einverständnis.

Ergebnisse

Im Methodenteil wurden keine demographischen Daten erwähnt, es werden aber im Ergebnisteil trotzdem welche präsentiert. Das Alter wird einmal laut Text in die Analyse miteinbezogen, ansonsten werden die demographischen Daten nicht weiter analysiert. Die Einschlusskriterien gaben ein Mindestalter von 22 Jahren vor, doch eine Person war erst 20 Jahre alt. Die Tabelle dazu ist strukturlos gestaltet. Es werden elf Dropouts erwähnt, weil diese die forschungsbezogenen Fragen der Studie nicht beantwortet haben (welche weiss man nicht). Es werden nicht alle Ergebnisse präsentiert. Anhand der Korrelationsanalyse werden die einen Hypothesen angenommen oder verworfen. Die Korrelationsanalyse ist aber anhand der Resultate nicht ganz nachvollziehbar. Für die einen Prädiktoren werden nur einzelne Fragen beachtet, bei den anderen der gesamte Frageblock (Tabelle 2, z.B. Behavior perceptions). Es werden Chi-Quadrat Werte im Text genannt, welche aber in der Methode nicht erwähnt wurden. Für die acht Elemente des Selbstvertrauens (Likert Skala) und die dichotomen Fragen für das Verhalten wurden hohe Alpha-Levels berechnet. Das spricht für eine interne Konsistenz der Fragen. Die qualitativen Daten wurden in Kategorien unterteilt, welche je mit Zitaten beschrieben werden. Laut dem Methodenteil sollten die qualitativen Fragen zum Verständnis der quantitativen Hypothesen beitragen, die Fragen wurden auch entsprechend formuliert. Doch die Ergebnisse tragen wenig zum Erkunden von ACP-Verhalten bei. Sie schildern einfach Erfahrungen mit ACP.

Diskussion

Die Diskussion wird mit einer kurzen Einleitung begonnen, wo noch einmal dargestellt wird, was der Inhalt und das Ziel der Studie ist. Es werden wichtige Erkenntnisse hervorgehoben. Auch nicht-signifikante Ergebnisse werden noch einmal aufgegriffen und es wird eine Erklärung dafür gesucht. Es werden nur wenige weiterführende Aspekte geschildert, in welchen sich aber die Ergebnisse der Studie widerspiegeln. Die qualitativen Themen werden kurz diskutiert. Implikationen für die Praxis werden abgeleitet, sie bleiben aber eher oberflächlich. Es werden ein paar knappe Vorschläge für die zukünftige Forschung gemacht. Es werden nur zwei weitere Quellen eingebracht. Die Studie nennt keine expliziten Limitationen oder Stärken. Ein Teil des Fragebogens wird betreffend seine Validität hinterfragt.

Die Studie ist sinnvoll, da sie auf bereits vorhandenes Wissen zurückgreift (die Wirkung von ACP und die Rolle der Pflege) und nun aufzeigen möchte, welchen Einfluss institutionelle Faktoren und die Organisation auf das Verhalten von Pflegefachpersonen in ACP haben. Diese Ergebnisse tragen dazu bei, dass auch die Institutionen hellhörig werden und einen Beitrag zur Umsetzung von ACP leisten, indem sie es in ihre Routine integrieren. Banduras Theorie kann genutzt werden, um die Zusammenhänge von Verhalten darzustellen und zeigt auf, wie die Organisation und Rahmenbedingungen einen Einfluss auf das Lernen bei ACP haben.

Gütekriterien

Objektivität

- Es besteht kein Kontakt des Forschungsteams zu den Teilnehmenden.
- Die Durchführung der Umfrage fand online statt. Das Umfragesetting ist nicht bekannt.

Reliabilität

- Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Es ist nicht klar, ob diese nur nach dem Ausbildungsgrad ausgewählt wurde.
- Die Datenanalyse ist nicht ganz schlüssig, doch die Forschenden haben auf eine sorgfältige Analyse geachtet, indem sie Cronbachs α berücksichtigt und die unterschiedlichen Datenniveaus separat behandelt haben.

Validität

- Laut der Studie wurde ein validierter Fragebogen verwendet, doch bei den Quellenangaben ist fraglich, ob dieser wirklich validiert oder nur angewendet wurde, sofern das beurteilt werden kann.
- Das Studiendesign wird nicht benannt.
- Die Oncology Nursing Society ist national, doch es nehmen nur 88 Personen an der Studie teil.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

The exploration of the knowledge, attitudes and practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses (Hsieh et al., 2019)

Zusammenfassung

Einleitung

In dieser Studie handelt es sich um das ACP-Konzept, wobei ein Bereich näher beleuchtet wird. Die Forschenden zeigen auf, dass nur 2.2 Prozent der Taiwaner und Taiwanerinnen Hospizpflege erhalten, dies erst kurz vor dem Tod und in vielen Fällen lebensverlängernde Massnahmen bis zum Schluss gemacht werden. Obwohl ACP viele positive Seiten hat, liegen auch viele Barrieren bei der Umsetzung vor. Das Ziel dieser Studie ist, die Auswirkung von ACP oder Hospizpflege auf Pflegefachpersonen, welche Patienten und Patientinnen mit einer chronischen Erkrankung in einem regionalen Ausbildungsspital in Taiwan betreuen (Krebs ausgenommen), zu erforschen. Des Weiteren sollen Einflussfaktoren für Wissen, Einstellung und das Handeln der genannten Pflegenden hinsichtlich ACP herausgefiltert werden. Sie begründen ihre Themenwahl, indem sie mit anderer Literatur aufzeigen, dass die Pflegefachpersonen in einer guten Position sind, ACP umzusetzen, aber die bisherigen Studien sich vor allem auf die Vollmacht des Beistandes, das Verhalten der Familie oder das Wissen, Einstellung und Verhalten von Pflegefachpersonen auf der Intensivstation bezüglich ACP fokussiert haben. Ausserdem sind taiwanesisische Pflegefachpersonen auf Grund von hohen Raten an chronischen Erkrankungen seitens der Patienten und Patientinnen oft mit der Betreuung von Sterbenden konfrontiert.

Methode

Design: Es handelt sich um eine deskriptive Querschnittsstudie, welche im Kaohsiung Armed Forces General Spital im Süden von Taiwan im Zeitraum von Dezember 2017 bis Februar 2018 durchgeführt wurde. Die Fragestellung wird mit Hilfe eines Fragebogens beantwortet. Das Design wird nicht weiter begründet.

Stichprobe: Population: Alle Pflegefachpersonen des Kaohsiung Armed Forces General Spitals im Zeitraum von Dezember 2017 bis Februar 2018. Stichprobe: Registrierte Pflegefachpersonen, welche Erfahrung in der Betreuung von nicht krebserkrankten terminalen Patienten und Patientinnen haben und zu dieser Zeit in der inneren Medizin, in

einer Hausarztpraxis oder auf der Intensivstation arbeiteten. Es handelt sich hierbei um eine zielgerichtete Gruppe, daher um ein Non-probability sampling. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden beschrieben. Dabei wird der Ausschluss von Pflegefachpersonen von anderen Stationen mit einer zu geringen Anzahl an terminalen Patienten und Patientinnen begründet. Es gibt nur eine Studiengruppe.

Datenerhebung: Die potenziell Partizipierenden erhielten eine Darlegung des Studienziels und des Procederes, danach wurde ihnen die Teilnahme freigestellt und sie wurden über ihre Rechte informiert. Nach dem Unterschreiben der Einverständniserklärung bekamen sie den Fragebogen und Kuverts von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter. Nach dem einmaligen Ausfüllen der Befragung wurden sie angehalten, die verschlossenen Kuverts in die Sammelbox auf ihrer Station einzuwerfen.

Messverfahren: Der Fragebogen teilt sich in drei Kategorien mit unterschiedlicher Anzahl an Frageelementen auf. Somit konnte die Fragestellung gezielt eingebunden werden. Die Umsetzung von Hospizpflege und ACP wurde mit sechs Elementen eruiert. Vier Fragen wurden explizit zu der Umsetzung von ACP anhand einer Likert-Skala gestellt. In der fünften Frage mussten die Teilnehmenden die Prozentzahl der Betroffenen einschätzen, welche Hospizpflege erhalten. Als letztes mussten sie in einer Multiple Choice Frage mit acht Einheiten ankreuzen, welche Faktoren das ACP-Gespräch von Pflegefachpersonen beeinflussen. Wissen, Einstellung und Aktion betreffend ACP (KAAC-ACP) wurde mit 31 Elementen erfragt. Das Wissen wurde mit neun Fragen, welche mit korrekt oder inkorrekt bewertet wurden, abgefragt. Die Einstellung wurde in drei Unterkategorien erfragt und alle wurden mit einer Likert-Skala gemessen (1-5). Die generelle Überzeugung von ACP wurde mit acht Fragen eruiert, die subjektiven Normen mit sechs und die wahrgenommene Kontrolle mit vier. Das ACP-Handeln wurde mit vier Elementen mit einer Likert-Skala (1-5) gemessen. Des Weiteren wurden noch demografische Daten und ACP-relevante Informationen erhoben.

Datenanalyse: Die erhobenen Variablen weisen ein nominales wie auch ordinales Datenniveau auf. Diese Studie baut auf einem deskriptiven Verfahren auf und es wurden verschiedene Verfahren benützt. Die SPSS 20 Software für den Mac wurde für alle Analysen verwendet. Die kategorischen Variablen wurden sowohl aufgelistet als auch als Verteilung und Prozentzahlen angegeben, die intervallskalierten Variablen in Zahlen und als Standardverteilung. Der Pearson Korrelations-Koeffizient wurde benützt, um die Beziehung zwischen dem Wissen, der Einstellung und dem Handeln und den intervallskalierten Daten im ACP-Prozess zu analysieren. Die Regressionsanalyse wurde

verwendet, um den unabhängigen Effekt der relevanten Faktoren bezüglich der ACP-Werte zu untersuchen. Die Stichprobengrösse wurde in Abhängigkeit der Regressionsanalyse ermittelt. Es wurde kein Signifikanzniveau bestimmt, da auch kein t-Test durchgeführt wurde (in den Tabellen sind p-Werte vorhanden).

Ethik: Es werden keine ethischen Fragen diskutiert und auch von keiner ethischen Kommission eine Genehmigung eingeholt. Die Forschenden schreiben, dass die Studie von einem Komitee des Kaohsiung Armed Forces General Spitals freigegeben wurde.

Ergebnisse

Es wurden 221 Fragebögen retourniert und 218 auf Grund ihrer Vollständigkeit eingeschlossen. Die Teilnehmenden waren im Schnitt 33 Jahre alt und die meisten hatten einen universitären Abschluss. Die demografischen Daten werden vollständig in Tabelle 1 mit noch zusätzlichen Erhebungen aufgelistet. Die Studie zeigt, dass 16.1 Prozent der Ärzte und Ärztinnen ein ACP-Gespräch oft oder immer mit den Patienten und Patientinnen initiieren und 13.3 Prozent der Betroffenen oft oder immer ein ACP-Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin haben. In beiden Bereichen überwiegt das «manchmal» mit über 50 Prozent. Die Tabelle 2 veranschaulicht diese Ergebnisse. Der Mittelwert der richtig beantworteten Fragen über das Wissen lag bei 52.7 Prozent. Die Aussage «Ich werde ACP mit mehr als der Hälfte meiner terminalen Patienten und Patientinnen bereden» wie auch das Weiterführen von ACP mit diesen, wiesen eine hohe Signifikanz (also dass sie es nicht machen) bei den Pflegefachpersonen auf. Die Forschenden zeigen ebenfalls auf, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Wissen und Handeln gibt, aber eine negative Korrelation zwischen Wissen und Einstellung vorhanden ist. So besteht ein weiterer Zusammenhang zwischen der Einstellung und dem Handeln, wobei die wahrgenommene Einflussnahme als Unterkategorie der Einstellung mit der stärksten Signifikanz bezüglich des Handelns hervorsteht. Die Faktoren Alter, Position und wenig Training beeinflussen das Wissen. Ausserdem stellte sich heraus, dass Führungsfachpersonen der Pflege mehr Wissen vorweisen als Pflegefachpersonen ohne Kaderfunktion. Überraschenderweise zeigte sich, dass Teilnehmende mit bis zu sechs Stunden Schulungen in der Palliativpflege im Wissensteil der Umfrage besser abschnitten als jene mit sieben bis zwölf Stunden Fortbildung. Aber diejenigen, welche das Gefühl hatten, genug Training zu haben, hatten mehr Wissen. Es wurden vier Prädiktoren bezüglich der ACP-Einstellung ermittelt. Diese waren Wissen über ACP, die Aussagen «Patienten und Patientinnen empfinden es als unnötig», «Unschlüssigkeit über den

richtigen Zeitpunkt» und «Bedenken, dass es die Betroffenen oder die Familie nicht akzeptieren». Dabei hatten der erste und der letzte Prädiktor am meisten Einfluss auf die Einstellung. Es wurden ebenfalls Prädiktoren für das Handeln analysiert, dabei waren sechs von zehn signifikant. Wie schon erwähnt, spielt bei der eigenen Umsetzung die Einstellung eine Rolle, aber auch die Unsicherheit dem Arzt oder der Ärztin gegenüber, die Position und die Einschätzung, dass Patienten oder Patientinnen ACP als unnötig empfinden. Stellvertretende der Führungspersonen waren aktiver in der Umsetzung von ACP als die Pflegefachpersonen. Die Ergebnisse werden zusätzlich mit Tabellen veranschaulicht. Diese sind aber nicht leicht verständlich und führen zu Verwirrungen.

Diskussion

Die Forschenden erwähnen und unterstreichen nochmals die signifikanten Ergebnisse. Dadurch interpretieren sie die wichtigsten Prädiktoren in Bezug zu ACP. Sie zeigen nochmals auf, dass die Einstellungen der Pflegefachpersonen zu ACP sehr positiv sind, ihr Wissen und Einsatz dazu suboptimal. So wird die Wichtigkeit von Fortbildungen aufgezeigt und durch verschiedene Studien untermauert und Lösungsansätze werden dargeboten. So kann mit den Ergebnissen die zweiteilige Fragestellung beantwortet werden. Im Diskussionsteil werden die Resultate vorrangig mit der Studie von Zhou et. al. verglichen, da, wie sie selbst erwähnen, es eine limitierte Anzahl an Studien zu diesem Thema gibt. Ausserdem wird noch der verwendete Fragebogen diskutiert. Die Forschenden nennen auch, dass zahlreiche Patienten und Patientinnen am Lebensende keine Hospizpflege erhalten. Es wird über die Gesetzesregelung in Taiwan geschrieben und das erweiterte Wissen von Stationsleitenden angesprochen. Die Limitationen werden in dieser Studie sehr schön und ausführlich aufgelistet. So zeigen die Forschenden auf, dass durch die Freiwilligkeit der Teilnehmenden Vorurteile und der Hawthorne Effekt nicht vermieden werden konnten. Des Weiteren wurden nicht alle Abteilungen des Spitals inkludiert, die Ergebnisse stellen nur einen Zeitpunkt dar (Langzeitaussagen sind nicht möglich) und die Studie wurde in einem regionalen Spital in Südtaiwan durchgeführt. So kann keine Verallgemeinerung stattfinden.

Schlussfolgerung: Die Forschenden empfehlen, dass man Pflegefachpersonen berufsbegleitend in den ACP-Prozess einführt und schult. Noch wichtiger empfinden sie, dass Pflegefachpersonen mit der nationalen Politik zusammenarbeiten und die Wichtigkeit von Patientenverfügungen betonen. So soll auch die Ärzteschaft auf die Rolle der Pflege aufmerksam gemacht werden, sodass die Pflegefachpersonen die Aufgaben mit

Selbstbewusstsein annehmen können. Zum Abschluss fordern die Forschenden noch weitere Investigationen, um auch diesen Ergebnissen mehr Gewicht geben zu können.

Würdigung

Einleitung

Die Beantwortung der Studienfragen trägt zu der Entwicklung der Rolle der Pflegefachpersonen im ACP und zu einem gemeinsamen Verständnis bei. Indem Lücken im Wissen wie auch Prädiktoren für die Einstellung und Handlungen im ACP aufgezeigt werden, können gezielter Massnahmen für eine Implikation gefunden werden. Somit hat diese Studie nicht nur einen Bezug zur Berufspraxis, sondern auch zu unserer BA-Fragestellung. Das ACP-Konzept wird nicht eigenständig erklärt, sondern wird der Palliativpflege untergeordnet und erweckt das falsche Bild, dass ACP nur in diesem Setting umgesetzt werden kann. Sie verstärken somit eine Missinterpretation von ACP, welche sie selbst als Barriere angegeben haben. Diese Studie untersucht nicht nur ACP, sondern auch Hospizpflege, wodurch es zu einer Verzerrung der Ergebnisse von ACP kommen kann. Das Ziel der Forschenden ist klar formuliert, sodass klar ist, wer involviert ist und wo es stattfindet. Eine Stärke der Einleitung ist die referenzierte Literatur.

Methode

Design: Die Verwendung eines Fragebogens wirkt für diese Studie nachvollziehbar, da die Einstellungen wie auch das Wissen mit gezielten Fragen und Antwortmöglichkeiten veranschaulicht werden können. Es wird erwähnt, welcher Fragebogen genau verwendet wird und er ist referenziert.

Stichprobe: Die Population ist nicht angegeben, kann aber durch die Beschreibung der Stichprobe eruiert werden. Die Stichprobenziehung ist für dieses Design angebracht, da durch das Non-probability sampling die geeignete Gruppe herausgefiltert wird. Die Grösse der Stichprobe wird im Methodenteil nicht angegeben. So kann nicht beurteilt werden, ob sie repräsentativ ist. Die Einschlusskriterien machen Sinn und machen die Stichprobe übertragbar. In der Einleitung ist beschrieben, dass vor allem schon Pflegefachpersonen von der Intensivstation zu diesem Thema befragt wurden, diese werden aber trotzdem in die Befragungen miteinbezogen. Dies wirkt etwas konträr. Dropouts werden erst im Ergebnisteil angesprochen. So werden vier Fragebögen nicht zurückgeschickt und drei nicht vollständig beantwortet. Dies beeinflusst die Aussagekraft der Studie nicht.

Datenerhebung: Da durch den Fragebogen das Wissen und die Einstellung der Teilnehmenden eruiert werden kann, ist die Datenerhebung nachvollziehbar. Die Methode der Datenerhebung unterscheidet sich nicht bei den Teilnehmenden. Die Übergabe der Umfrage erfolgt durch einen Mitarbeitenden, es wird nicht beschrieben, ob dieser oder diese unabhängig ist. Dies könnte die Ergebnisse verzerren. Die Vollständigkeit der Umfragen wird nicht erwähnt.

Messverfahren: Die verschiedenen Kategorien des Fragebogens sind gut beschrieben. Alle drei stützen sich auf die Umfrage einer Studie, so ist der Fragebogen getestet. Es wird erwähnt, dass nur ausgewählte Fragen benützt werden, aber nicht begründet welche und warum Fragen ausgeschlossen wurden. Die genauen Fragen sind für die Leserschaft nicht zugänglich und nur einzelne aufgelistet. In der Kategorie «Auswirkungen» wird in den Fragen manchmal nur spezifisch ACP oder Hospizpflege abgefragt, dazu wird keine Begründung angegeben. Durch die Quellen wie auch durch die Cronbach Alpha Messzahl wirkt der Fragebogen reliabel. Die Cronbach Alpha Messzahl wirkt hier angemessen, da das Ausmass der Beziehung zwischen den Fragen analysiert werden kann. Die Erhebung der demografischen Daten fällt sehr ausführlich aus.

Datenanalyse: Die Verfahren der Datenanalyse werden beschrieben und auch begründet. Da die Regressionsanalyse vor allem für nominale Daten angewendet werden kann, ist diese hier sinnvoll eingesetzt. Der Pearson Korrelationskoeffizient wird für die Berechnung von zwei intervallskalierten Daten verwendet. Es ist aber unklar, ob die Daten der Studie intervallskaliert sind (in den Fragebögen sind sie als ordinal und nominal aufgezeigt). So entspricht dies möglicherweise nicht den Bedingungen.

Ethik: Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert und auch nicht über eine mögliche Beziehung zwischen den Teilnehmenden und Forschenden berichtet.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind im Text sehr ausführlich, aber nicht übersichtlich aufgeführt. Es sind viele Zahlen und Werte aufgelistet, welche nicht auf Anhieb verständlich sind. Zudem werden einige lange Tabellen verwendet. Bei der Tabelle der demografischen Daten wurden Inhalte ergänzt, welche im Methodenteil nicht angesprochen wurden. Dennoch können viele Informationen zusätzlich zum Text herausgefiltert werden und dienen inhaltlich als eine Ergänzung zum Text. Alle Kapitel sind vorhanden und weisen keine inhaltlichen Lücken auf.

Diskussion

Im Diskussionsteil werden alle relevanten Ergebnisse nochmals diskutiert und die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein. So wird in diesem Teil immer wieder auf verschiedene Studien wie Zhou et. al. hingewiesen und mit diesen verglichen. Bei unklaren Resultaten werden Erklärungen gesucht und mit Literatur untermauert. Der Diskussionsteil sorgt für eine klare Struktur und ein besseres Verständnis.

Schlussfolgerung: Diese Studie trägt dazu bei, die Rolle der Pflege im ACP-Prozess besser zu verstehen und die verschiedenen Komponenten zu vernetzen. So erweitert sie den Aufgabenbereich der Pflege und macht auf das Potenzial aufmerksam. Dabei werden Stärken und Schwächen in der Studie erwähnt und mit konkreten Lösungsvorschlägen zur Veränderung angeregt. Die Ergebnisse können nicht komplett generalisiert werden, bieten aber eine wichtige Grundlage, um Annahmen zu stellen und neue Studien durchzuführen. Durch die valide und reliable Vorgehensweise, vor allem bei den Messinstrumenten, kann diese Studie in einem anderen klinischen Setting durchgeführt werden.

Gütekriterien

Objektivität

Das Messinstrument ist in der Würdigung als reliabel und valide eingestuft worden. Der Fragebogen wurde in einer ähnlichen Form schon für eine andere Studie entwickelt, daher erprobt und stellte sich dabei als passend heraus. Da der Fragebogen anonym abgegeben wurde, hatte das Forschungsteam keinen grossen Einfluss auf die Probanden und Probandinnen. Doch der Hawthorne-Effekt kann nie ausgeschlossen werden, sowie auch nicht der momentane Ist-Zustand einer Person.

Reliabilität

Die Studie zeigt sich als zuverlässig, da eine Wiederholbarkeit möglich ist. Somit sollten die Ergebnisse von anderen Forschenden replizierbar sein. Dabei stellt sich der Fragebogen als zuverlässig heraus.

Validität

Durch die entstandenen Ergebnisse kann die Fragestellung vollständig beantwortet werden. Somit ist gemessen worden, was gemessen werden sollte und die Validität gegeben.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.

Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions
(Shepherd et al., 2018)

Zusammenfassung

Einleitung

Diese Studie befasst sich mit dem ACP-Konzept in Australien. Die Forschungsfrage lautet: «Was wissen Pflegefachpersonen über ACP und wie aktiv sind sie in ihrem eigenen ACP?» Die genaueren Ziele bestehen darin, das Wissen über die Befugnis der finanziellen und medizinischen Entscheidungsträger und über die legale Gültigkeit der Patientenverfügungen der Pflegefachpersonen, welche in einem Akutspital arbeiten, herauszufiltern. Ihre Teilnahme im ACP-Prozess und die Beziehung zwischen demographischen Charakteristiken, Expertise, Wissen und Verhalten in Bezug zu ACP zu analysieren, ist ein weiteres Ziel. Die Studie ist durch die fehlenden Richtlinien des ACP-Prozesses in Australien und durch die mangelnde Sicht der Pflegefachpersonen im internationalen Vergleich begründet. So kann es zu unterschiedlichen Wahrnehmungen zwischen Pflegefachpersonen und Ärzten und Ärztinnen kommen, die zu anderen Umsetzungsstrategien führen. Des Weiteren wird mit anderer Literatur gezeigt, dass die Einstellung und das Wissen einen Einfluss auf die Umsetzung von ACP haben. Somit kann durch das Aufzeigen von Wissenslücken ein besseres Verständnis für zukünftige Interventionen geschaffen werden. Diese Punkte hervorzuheben ist wichtig, da das Pflegepersonal eine entscheidende Rolle in diesem Prozess spielt.

Methode

Design: Es handelt sich um eine Querschnittsuntersuchung basierend auf einem Fragebogen. Dieser wurde basierend auf einem Review entwickelt, welcher Aspekte von ACP, Wissen, Verhalten und Einstellung von Pflegefachpersonen inkludiert. Um dessen Inhalt zu ermitteln, wurden 15 semistrukturierte Interviews und eine Fokusgruppe (neun Personen) mit Pflegefachpersonen aus verschiedenen Regionen herangezogen. Die Fragen wurden so ausgelegt, dass die Forschenden Antworten zur Pflege am Lebensende und zur medizinisch-legalen Dokumentation erhalten haben. Die Fokusgruppe ermöglichte eine erweiterte Diskussion. Die verschiedenen Elemente wurden von einem Anwalt, einem Wissenschaftler, Pflegefachpersonen und einem Palliativarzt solange besprochen, bis eine

Übereinstimmung erreicht wurde. Die Umfrage wurde zunächst getestet und bei Bedarf angepasst.

Stichprobe: Population: Pflegefachpersonen von Australien, weitere Details werden nicht genannt. Stichprobe: Es handelt sich um registrierte Pflegefachpersonen, welche einen Bachelorabschluss oder ein Diplom vorweisen können. Die Personen müssen auf Akutstationen der drei ausgewählten städtischen Krankenhäusern Australiens arbeiten, über 18 Jahre alt und in direktem Patientenkontakt sein. Die Spitäler hatten 800, 200 oder 500 Betten, sind alle öffentlich und von zwei verschiedenen Bezirken. Im Text wurde nicht explizit erwähnt, ob es sich um ein Non-probability-sampling handelt oder nicht. Es können auch keine Vermutungen aufgestellt werden. Die Auswahl der Teilnehmenden wird durch die Einschlusskriterien beschrieben, aber nicht genauer begründet. Diese Studie beinhaltet nur eine Studiengruppe.

Datenerhebung: Es wurde eine schriftliche Befragung mit Hilfe einer einmaligen Umfrage durchgeführt. Den Fragebogen erhielten sie von einem Forschungsmitglied während ihrer Arbeitszeit. Das Ausfüllen fand entweder während Weiterbildungen, der Arbeitszeit oder Zuhause statt. Es wurde keine Zeit zur Verfügung gestellt.

Messinstrumente: Es wurde eine Umfrage in Form eines Fragebogens erhoben, dabei wurde keine weitere Begründung angegeben. Der Fragebogen beinhaltet sozio-demografische Charakteristiken, Gebiet der klinischen Expertise, Wissen und Einstellungen bezüglich ACP und die eigene Teilnahme in ACP.

Datenanalyse: Stata/IC14 wurde für alle Analysen verwendet. Der Chi-Square Test wurde zur Bemessung von Neigungen auf Grund von Geschlecht und Alter benutzt. Im One-sample proportion Test wurden nationale Daten von dem Australischen Gesundheitsinstitut zu Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit gesammelt und mit ihren eigenen verglichen. Das Verhältnis von jeder Pflegefachperson bezüglich der Anwendung von ACP wurde mit einem 95 Prozent Konfidenzintervall gemessen. Anhand von univariaten linearen Regressionen sollten die Beziehungen zwischen Wissen und den Charakteristiken der Pflegefachperson veranschaulicht werden. Das Messverfahren der multiplen Regression wurde für alle einzelnen Resultate verwendet und waren ab einem p-Wert von <0.05 signifikant.

Ethik: Es werden keine ethischen Fragen in der Arbeit diskutiert, dennoch wurde eine Genehmigung von der Ethikkommission «Human Research» der Universität Newcastle und von den zuständigen Kommissionen der teilnehmenden Gesundheitsanbieter eingeholt.

Ergebnisse

181 Personen nahmen an der Umfrage teil. Über die Hälfte der Befragten haben eine Berufserfahrung zwischen zwei und zehn Jahren am teilnehmenden Spital und hatten in den letzten sechs Monaten sich mindestens um einen sterbenden Menschen gekümmert. Durch den One-sample-proportion Test stellte sich heraus, dass die Stichprobe nur in der Kategorie der über 51-Jährigen nicht der Bevölkerung entspricht, da sie in dieser Altersgruppe weniger Pflegefachpersonen aufweist. Nur 7 Prozent der Befragten konnten alle Wissensfragen korrekt beantworten. Pflegefachpersonen, welche mit 11-30 sterbenden Patienten und Patientinnen konfrontiert waren, hatten eine höhere Punkteanzahl im Wissensteil, wie die multiple Regressionsanalyse zeigte. Die Studie zeigt, dass nur sehr wenige sich in allen acht Themen bezüglich der eigenen ACP-Aktivität beteiligt haben. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden hatte sich mit drei oder weniger der ACP-Aktivitäten auseinandergesetzt. Dass sich die Pflegefachpersonen selbst mit der Erstellung einer Patientenverfügung auseinandersetzen, kam in einem sehr geringen Ausmass vor (10 Prozent). Die Forschenden unterstreichen unter anderem den Zusammenhang zwischen Alter und Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche und der Partizipation. Ab 41 Jahren engagierten sich die Befragten signifikant mehr als die jüngeren. Umso höher die gearbeiteten Stunden pro Woche, umso geringer wurde die Teilnahme der Pflegefachpersonen bei den eigenen ACP-Aktivitäten. Die Ergebnisse werden zusätzlich verständlich in Tabellen dargestellt. Dabei zeigen sich Unterschiede im Geschriebenen und in den Prozentzahlen in den Tabellen. Somit ist unklar, welche Angaben korrekt sind. Die Informationen unterhalb der ersten Tabelle lassen ebenfalls Fragen hinsichtlich der Genauigkeit aufwerfen, da alle Fragen freiwillig und nicht immer vollständig erhoben wurden.

Diskussion

Die Forschenden nehmen nochmals die signifikanten Ergebnisse im Diskussionsteil auf, zeigen aber auch, dass sie nicht zwischen allen Charakteristiken und dem Wissen einen signifikanten Zusammenhang aufzeigen konnten, obwohl dies konträr zu anderen Studien steht. Es wird erwähnt, dass das Wissen über den ACP-Prozess bei den Pflegefachpersonen aufgestockt werden sollte, da sie in ihrem alltäglichen Berufsleben immer wieder bei Patienten und Patientinnen, welche urteilsunfähig sind, eine wichtige Rolle übernehmen. Sie werden als die Schnittstelle von Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen, Familien und Ärzten und Ärztinnen beschrieben. Durch diese

Auseinandersetzung wird die Rolle der Pflege genauer beschrieben. Beide Teile der Forschungsfrage können mit dieser Studie klar beantwortet werden. Die Forschenden zeigten den Wissensstand der Pflegefachpersonen auf und analysierten die Schwerpunkte in der eigenen Partizipation. Es wird betont, dass Schulungen durchgeführt werden sollten, da es eine Korrelation zwischen Wissen und Partizipation gibt. Die Weiterbildungen sollten die Kommunikationsfähigkeiten und das Verständnis für eine medizinische Dokumentation verbessern. In beiden Bereichen zeigt die Studie die Barrieren und Lücken auf. Im Diskussionsteil wird zahlreiche Literatur integriert, welche sich auch mit diesem Thema befasst. So kommt es zu einer breiten Auseinandersetzung des Themas. Dabei werden Pflegefachpersonen, welche sich vermehrt um sterbende Patienten und Patientinnen kümmern und Pflegefachpersonen im fortgeschrittenen Alter als eine Ressource angesehen. Die erste Gruppe weist ein grösseres Wissen auf und die zweite beteiligt sich vermehrt im ACP-Prozess und sie könnten somit ihre Erfahrungen an Jüngere weitergeben. Limitationen: Da die Umfrage nur an städtischen Spitälern in New South Wales (NSW) durchgeführt wurde, sind diese Ergebnisse nicht repräsentativ für Pflegefachpersonen aus dem ländlichen Gebiet und für ausserhalb von NSW. Da es auch verschiedene Gesetzeslagen innerhalb Australiens bezüglich der Terminologie von ACP gibt, kann dies die Wissenslücken verstärkt haben. Da die Möglichkeit bestand, die Umfrage Zuhause auszufüllen, kann eine Absprache mit anderen Teilnehmenden nicht ausgeschlossen werden. Zudem bestand für die Beteiligten keine Möglichkeit, ihre Ansichten auf einer qualitativen Ebene zu äussern.

Schlussfolgerung: Auf Grund der grossen Wissenslücken sollen Ausbildungsangebote entwickelt und Unterstützung angeboten werden, um das Wissen der Pflegefachpersonen zu erweitern. In solchen Schulungen sollte auf die Erfahrung und das Fachwissen von langjährigen Pflegefachpersonen zurückgegriffen werden.

Würdigung

Einleitung

Diese Studie hat zum Ziel, eine wichtige Fragestellung zur Umsetzung von ACP für die Pflegefachpersonen zu beantworten. Auch für die Fragestellung der Bachelorarbeit ist diese Studie geeignet, da man aus dem bestehenden Wissen der Fachpersonen ein Rollenverständnis herausfiltern kann. Die zweiteilige Forschungsfrage ist präzise und verständlich formuliert, Hypothesen werden nicht aufgestellt. Das vorhandene Wissen zum

Konzept wird in der Einleitung ausführlich mit Literatur begründet. In der Einleitung wird das Konzept in Bezug zu anderer ausführlicher Literatur gestellt. So kann nachvollzogen werden, dass dieses Thema von Aktualität und Relevanz ist.

Methode

Design: Da die Forschenden das Wissen und die eigene Aktivität zum momentanen Zeitpunkt in Australien erfragen möchten, eignet sich eine einmalige Umfrage dazu. Vor allem das Wissen über gesetzliche Verankerungen kann mit spezifischen Fragen nachvollziehbar veranschaulicht werden. Durch die acht verschiedenen Fragen zur Partizipation im ACP-Prozess und den breiten Antwortmöglichkeiten wird auch hier eine logische Verbindung zu der Forschungsfrage gewährleistet. In der Studie wird die Kontrolle der internen und externen Validität nicht explizit angesprochen. Da das Ausfüllen des Fragebogens in keinem organisierten Setting stattgefunden hat und die Bedingungen somit nicht für alle Teilnehmenden gleich waren, wird die interne Validität beeinflusst.

Stichprobe: Die Stichprobenwahl scheint angemessen zu sein, da nur Akutstationen miteingeschlossen werden und dies zur Beantwortung der Fragestellung beiträgt. Wie die Stichprobe erzielt wurde, ist nicht weiter ausgeführt und lässt Fragen offen, wie die Forschenden zu den Teilnehmenden gekommen sind. So wird die Stichprobengröße weder erwähnt noch diskutiert und kann auf ihre Angemessenheit nicht überprüft werden. Es werden keine Dropouts genannt. Das Design scheint passend zu sein, da durch die Umfrage das Wissen abgefragt werden kann. Die Ergebnisse können tendenziell nur auf die Zielpopulationen, also auf Pflegefachpersonen in Australien, welche die Einschlusskriterien erfüllen, übertragen werden. Das Ausbildungsniveau hat zum Beispiel einen Einfluss auf den Wissensstand.

Datenerhebung: Die Daten werden bei den Teilnehmenden nicht alle auf die gleiche Weise erhoben und weisen Unterschiede auf. So werden die Fragen nicht in einem geregelten Setting beantwortet und nicht beantwortete Daten einfach über die verschiedenen Elemente verteilt. Die Forschenden erwähnen somit unvollständige Daten.

Messverfahren: Das Messinstrument, die Umfrage, wirkt reliabel, da der Fragebogen zuvor ausführlich entwickelt, getestet und überarbeitet wurde. So kann er von anderen Forschungsteams wiederverwendet werden. Dies ist ein guter Ausgangspunkt für die Beantwortung der Fragestellung, da die Reliabilität gegeben ist und diese eine Voraussetzung für die Validität ist und das Messinstrument misst was es messen soll. Da

zuvor die Fragen schon getestet wurden, wirkt er in sich valide. Die einzelnen Elemente sind nachvollziehbar erklärt.

Datenanalyse: Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben und sinnvoll angewendet. Die Anwendung vom Chi-Quadrat-Test ist in dieser Studie bedingt korrekt. Es handelt sich nämlich um nominale (Geschlecht) und proportionale (Alter) Daten und der Chi-Quadrat Test sollte nur bei kategorialen Variablen angewendet werden. Da die Stichprobe grösser als 50 ist und ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen untersucht werden soll, liegt man mit dieser Datenanalyse nicht ganz falsch, aber die Validität dieser spezifischen Aussagen ist begrenzt. Der p-Wert wurde für den genannten Test nicht dokumentiert. Die univariate lineare Regression ist ebenfalls nachvollziehbar, da ein Zusammenhang zwischen der unabhängigen (UV) (Charakteristiken der Pflegefachpersonen) und der abhängigen (AV) (Wissen) Variabel analysiert werden möchte. Die Summenscores des Wissens und der Partizipation können als metrisch betrachtet werden, eine Erklärung zu den einzelnen Datenniveaus fehlt. Die Ergebnisse wurden ab $p < 0.2$ als signifikant bewertet und in die multiple Regression einbezogen. Bei dieser soll eine Beziehung zwischen mehreren UV und einer AV erforscht werden. Das Signifikanzniveau wird für diese Analyse mit $p < 0.05$ angegeben, aber nicht weiter begründet. Die Voraussetzungen für die multiple Regressionsanalyse wurden geprüft.

Ethik: Die Studie weist keine Diskussion über ethische Fragen auf und die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde nicht festgehalten. Einen kurzen Kontakt zwischen einem Mitglied des Forschungsteams und den Teilnehmenden hat es bei der Verteilung der Fragebögen gegeben. Es wurde aber nicht weiter erwähnt, wie lange dieser Kontakt bestand und welche Rolle der oder die Forschende in der Arbeit hatte.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind präzise und detailliert in Tabellen aufgeschlüsselt und es wird nochmals auf die statistischen Verfahren eingegangen. So wird aus dem Text und den Tabellen klar, welche Kategorien in die multiple Regression miteinbezogen wurden. Die Grösse der Stichprobe wurde für dieses Verfahren beurteilt. Die Tabellen sind jeweils mit einem Titel beschriftet und im Text verankert, was zum Überblick beiträgt. Die aufgelisteten Ergebnisse sind vollständig und die Tabellen ergänzen den Fliesstext mit weiteren Details. Es wird erstmals die univariate Regressionsanalyse zwischen Charakteristik und Partizipation erwähnt.

Diskussion

Der Diskussionsteil gestaltet sich als sehr ausführlich und es werden alle erwähnten Resultate diskutiert, dabei stimmt die Interpretation zumeist überein. Die Aussage, dass kein Zusammenhang zwischen Charakteristik und Wissen gefunden worden ist, wirkt unverständlich. Es wurde mehrmals erwähnt, dass das Wissen im Zusammenhang mit der Anzahl an gepflegten, sterbenden Patienten und Patientinnen steht. Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen. Es werden aber nicht viele eigene Vorschläge gemacht oder Themen für die weitere Forschung erwähnt. Es wurde nach einem Lösungsansatz gesucht, um das Verständnis und die Umsetzung von ACP zu vereinfachen. Es werden auch Fortschritte im Dokumentationssystem in Australien aufgezeigt und Gründe für ein geringes Engagement in der Bevölkerung erörtert.

Schlussfolgerung: Diese Studie trägt dazu bei, Lücken aufzuzeigen und sie durch konkrete Lösungsvorschläge, basierend auf anderen Forschungsergebnissen, zu füllen. Die Forschenden zeigen dabei auch Stärken und Schwächen auf, sodass die Studie in einem anderen klinischen Setting ebenfalls durchführbar wäre. Die Ergebnisse lassen sich in der Praxis umsetzen, indem vermehrt Schulungen zum ACP-Konzept veranstaltet werden und durch Kampagnen Aufmerksamkeit in der Bevölkerung geschaffen wird.

Gütekriterien

Objektivität

- Das Messinstrument ist reliabel und valide.
- Die Ergebnisse wurden nicht von anderen Einflüssen wie zum Beispiel durch die Forschenden beeinflusst, daher wirken sie unabhängig.
- Es war kein kontrolliertes Umfragesetting vorhanden.

Reliabilität

- Das Vorgehen wurde gut beschrieben. Die Entwicklung des Fragebogens ist gut nachvollziehbar, er wurde getestet und in mehreren Schritten entwickelt.
- Die Datenanalyse ist klar beschrieben.

Validität

- Das Forschungsdesign stellt sich als angemessen heraus, da die Ergebnisse die Fragestellung beantworten können.
- Das Messinstrument misst, was es messen soll und ist somit valide.

- Das Analyseverfahren wirkt valide.
- Die beiden Grundvoraussetzungen für die Validität, nämlich die Objektivität und die Reliabilität sind gegeben.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):

Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.